



# Kaksoisdiagnoosipotilaan hoidon näkökulmia

---

Eerola, Virpi

2014 Hyvinkää

Laurea-ammattikorkeakoulu  
Hyvinkää

## Kaksoisdiagnoosipotilaan hoidon näkökulmia

Virpi Eerola  
Ylempi ammattikorkeakoulu  
Terveystieteiden koulutusohjelma. Ennaltaehkäisevän hyvinvointityön johtaminen ja kehittäminen  
Opinnäytetyö  
Tammikuu, 2014

Virpi Eerola

**Kaksoisdiagnoosipotilaan hoidon näkökulmia**

Vuosi

2014

Sivumäärä

75+7

Mielenterveys- ja päihdeongelman yhteisesiintyminen eli kaksoisdiagnoosi on keskeisimpiä tämän päivän haasteita mielenterveys- ja päihdepotilaan hoidossa. Kaksoisdiagnoosipotilaiden osuus palvelujärjestelmässä on edelleen kasvamassa, joten on entistä tarpeellisempaa arvioida ja kehittää tämän haasteellisen potilasryhmän hoitoa ja pohtia siihen liittyviä kysymyksiä. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää kaksoisdiagnoosipotilaan hoitoa Kellokosken sairaalan avokuntoutusosastolla 4.

Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli selvittää, miten kaksoisdiagnoosipotilaan päihdekuntoutumista huomioidaan psykiatrisessa sairaanhoidossa. Keskeiseksi ongelmaksi nousi se, miten kaksoisdiagnoosipotilaan päihdeongelman hoito huomioidaan psykiatrisessa sairaanhoidossa. Tämän alaongelmana oli se, miten kaksoisdiagnoosipotilaan hoitoa voidaan kehittää psykiatrisessa sairaanhoidossa ja minkälaista hoitoa kaksoisdiagnoosipotilas itse toivoisi saada. Tämä opinnäytetyö on toteutettu kehittävän työntutkimuksen ajatuksin. Kehittävässä työntutkimuksessa on viisi vaihetta, jotka etenevät alkutilanteen ongelman määrittelystä uusien toimintatapojen ideoinneista ja käyttöönotosta seurantaan. Tässä opinnäytetyössä edetään vaiheeseen kolme, jossa toiminnan ideat ja ajatukset esitellään.

Opinnäytetyö oli kvalitatiivinen tutkimus. Aineisto on kerätty avokuntoutusosasto 4 työryhmän kehittämispalaverien sisällöstä ja ideoinneista sekä potilaiden teemahaastatteluilta. Saadun aineiston olen analysoinut sisällönanalyysin avulla. Tutkimustulosten perusteella avokuntoutusosasto 4 hoitotyöntekijöiden kokemuksena ongelmiksi todettiin hoitohenkilökunnan osamattomuus kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidossa sekä koulutuksen puute. Hoitotyöntekijöiden kokemana kaksoisdiagnoosipotilaan päihdehäiriötä ei riittävästi huomioida avokuntoutusosasto 4 hoidossa. Kaksoisdiagnoosipotilaan kokonaisvaltaisen hoidon esteenä ovat ongelman määrittelyn vaikeudet ja kieltävä asenne potilaan ongelmia kohtaan.

Osastohoidossa ei potilaiden kokemana nähty tarvetta muuttaa osaston nykyisiä toimintatapoja. Kehittämisideat ja toiveet liittyivät enemmän yhdessä tekemiseen ja sosiaaliseen kanssakäymiseen. Luennot, yksityisyyden huomiointi, toiminnallisuus, virikkeet ja retket muun muassa olivat niitä toiveita, joita toivottiin olevan osastohoidon aikana kuntoutumisessa mukana.

Kehittämishaasteina tässä opinnäytetyössä nousi esiin hoitohenkilökunnan järjestelmällinen kouluttaminen. Opinnäytetyössä korostui tiedonkulun ja yhteistyön merkitys eri yhteistyötapojen kanssa. Ratkaisuehdotukseksi tässä opinnäytetyössä annetaan avokuntoutusosasto 4 hoidon päivittäminen viikko-ohjelman ja ryhmien suhteen sekä osastotuntien käyttäminen tiedonjakotilanteena.

Asiasanat: kehittävä työntutkimus, mielenterveys, päihteet, päihderiippuvuus, kaksoisdiagnoosi

Eerola Virpi

**Aspects to the care of A dual diagnosis patient**

Year	2014	Pages	75+7
------	------	-------	------

---

The mental and intoxicant problems together or dual diagnosis is a central challenge in the care of mental and intoxicant patients nowadays. The portion of dual diagnosis patients in the service system is still increasing, so it is more necessary to evaluate and develop the care of this challenging patient group and think over its questions. The purpose of this thesis was to develop the care of the dual diagnosis patient in the open rehabilitation unit 4 of the Kellokoski hospital.

The aim of this thesis was to find out how the intoxicant rehabilitation of the dual diagnosis patient was observed in the psychiatric health care. The main question was how the intoxicant rehabilitation of the dual diagnosis patient was observed in the psychiatric health care. This sub problem was how the care of the dual diagnosis patient could be developed in psychiatric health care and what kind of care the dual diagnosis patient needed. The model of developmental work research was employed in this study. This model consists of five stages from the specification of the starting situation problem to creation of new methods to solve it and from implementation to follow-up. This thesis progressed to the stage three where the ideas and the ideas were introduced.

The study was qualitative. The material was collected from the development meetings of the work group in the open rehabilitation unit 4 and from the theme interviews of the patients. The material was analyzed by content analysis. The results indicated that the problems, among the nursing workers in the open rehabilitation unit 4, were the lack of skills in the care of dual diagnosis patients and the lack of education. The nursing staff had experienced that the problems of the patients had not been taken into account in the open rehabilitation unit 4. Difficulties in defining the problems and negative attitude to the patient's problems were an obstacle in the complete care of the dual diagnosis patient.

The patients had experienced that there was no need to change any course of action in the unit care. Their developing ideas and hopes were linked to making together more and to social intercourse. The lectures, observation of privacy, functionality, stimulations and excursions were those hopes that the patients had to when they were in rehabilitation.

The systematic education of the nursing workers proved to be the primary challenge in this thesis. The meaning of the flow of information and cooperation with various partner in cooperation were emphasized in the thesis. The proposed decision in this thesis is that the open rehabilitation unit 4 has to update the weekly program and that the unit hours could be used as a means of informing the staff.

**Keywords:** developing work study, mental, intoxicant, substance abuse, dual diagnosis

## Sisällys

1	Johdanto.....	7
2	Kehittävä työntutkimus .....	8
	2.1 Kehittävä työntutkimus toiminnallisena tutkimuksena.....	9
	2.2 Kehittämistoiminta.....	9
3	Hoito- ja kuntoutusmalli avokuntoutusosastolla 4 .....	10
	3.1 Yksilövastuinen hoitotyö avokuntoutusosastolla 4 .....	15
	3.2 Moniammatillinen hoitotyö avokuntoutusosastolla 4 .....	16
4	Mielenterveys ja mielenterveysongelmat .....	17
	4.1 Mielenterveys- ja päihdetyön ohjelmat.....	19
	4.2 Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma vuoteen 2015.....	20
	4.3 Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen (Kaste) kehittämisohjelma .....	20
5	Päihteet, päihdeongelma ja riippuvuus .....	21
	5.1 Päihdehoitotyö.....	23
	5.2 Päihteidenkäytön tila Suomessa .....	24
	5.3 Päihteiden aiheuttamat haitat .....	25
6	Kaksoisdiagnoosi.....	28
	6.1 Päihde- ja mielenterveysongelmien yhteisesiintyvyyden tunnistaminen.....	29
	6.2 Päihde- ja mielenterveysongelmien esiintyvyys ja hoidot .....	30
7	Opinnäytetyön toteutus.....	32
	7.1 Opinnäytetyön tavoite ja tarkoitus.....	32
	7.2 Opinnäytetyön menetelmävalinnat.....	33
	7.3 Aineistonkeruumenetelmä .....	34
	7.4 Aineiston analyysi .....	34
	7.5 Opinnäytetyön empiirinen toteutus .....	35
	7.6 Tutkimusaineisto .....	36
	7.7 Potilaiden teemahaastattelut .....	36
	7.8 Työntekijöiden kehittämiskokoukset.....	38
8	Keskeiset tulokset.....	41
	8.1 Nykytila ja muutostarve.....	41
	8.2 Työryhmän ehdottamat parannusehdotukset .....	44
	8.3 Kaksoisdiagnoosipotilaan profiili .....	45
	8.4 Ristiriitojen kohtaaminen ja haasteet .....	46
	8.5 Työryhmän ajatukset ja ideat .....	47
	8.6 Potilaiden kokemukset hoitoon tulosta .....	48
	8.7 Mitä on päihdeongelma?.....	50
	8.8 Potilaiden kokemukset päihdeongelman hoidosta .....	51
	8.9 Minkälaista hoitoa kaksoisdiagnoosipotilas itse toivoisi saada? .....	53

8.10	Kaksoisdiagnoosipotilaan hoidon kehittämisideat potilaiden kokemana .....	54
8.11	Työryhmän ja potilaiden yhdistävät ajatukset .....	56
9	Johtopäätökset .....	57
10	Pohdinta .....	59
10.1	Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus .....	61
10.2	Tutkimustulosten tarkastelu.....	63
10.3	Päätelmät ja jatkotutkimusaiheet.....	64
Lähteet .....		66
Kuvat.....		72
Kuviot.....		73
Taulukot .....		74
Liitteet .....		75

## 1 Johdanto

Kaksoisdiagnoosin eli mielenterveys- ja päihdeongelman yhteisesiintyminen on tämän päivän keskeisimpiä haasteita. Kaksoisdiagnoosien ennustetaan tulevaisuudessa lisääntyvän edelleen. Kaksoisdiagnoosipotilaan hoidossa tulisi kiinnittää huomiota psyykkisen häiriön ja päihdeongelman hoitoon. Päihteet ovat usein ylläpitävä tai pahentava tekijä kaksoisdiagnoosipotilaan oireilussa. Psykiatrinen häiriöiden hoito ei onnistu ilman, että päihdeongelma on riittävästi hallinnassa. (Aalto 2007, 1293.)

Aallon (2010, 1760) mielestä psykiatrisen hoitojärjestelmän tulisi vielä enemmän perehtyä molempien häiriöiden hoitoon. Kaksoisdiagnoosin yleisyyden takia potilaan tilannetta tulisi arvioida kokonaisuutena ja hoitavan tiimin ohjata potilasta molempien häiriöiden selvittämiseksi yksilöllisesti ja tarpeen mukaisesti.

Olen ollut Kellokosken sairaalassa työssä elokuusta 2010 lähtien. Avokuntoutusosasto 4, jossa työskentelen, on skitsofreniaa ja psykoosisairauksia sairastavien, moniongelmaisten potilaiden hoito- ja kuntoutusosasto sairauden akuutin vaiheen jälkeen, ennen avohoitoon siirtymistä. Hoidon tavoitteena on parantaa potilaan valmiuksia selviytyä mahdollisimman itsenäisesti hänelle suunnitellussa asumismuodossa, kohentaa elämänlaatua ja auttaa potilasta pääsemään osalliseksi yhteiskuntaan.

Avokuntoutusosastolla tapahtuvassa kuntouttavassa hoidossa pyritään yhteiskunnalliseen vaikuttamiseen jakamalla asianmukaista tietoa skitsofreniasta ja sen hoidosta. Mielestäni selkeä puute työskentelemässäni osastolla on kaksoisdiagnoosipotilaiden päihdehäiriön puutteellinen huomiointi. Kaksoisdiagnoosipotilaiden osuus palvelujärjestelmässä on kasvamassa, joten on entistä tarpeellisempaa arvioida tämän haasteellisen potilasryhmän hoitoon liittyviä kysymyksiä. Avokuntoutusosaston toimintasuunnitelmaan vuodelle 2013 on kirjattu yhdeksi tavoitteeksi päihdeosaamisen lisääminen. Kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidon ja kuntoutuksen osaamista pyritään lisäämään muun muassa tämän opinnäytetyön avulla.

Opinnäytetyön idea on lähtöisin omasta mielenkiinnostani ja halustani kehittää kaksoisdiagnoosipotilaan hoitoa. Aikaisempi kokemukseni päihdehoitotyöstä on ollut osasyynä tämän opinnäytetyön aiheen valinnalle.

Opinnäytetyöni toteutan omassa työyksikössäni avokuntoutusosastolla 4 Kellokosken sairaalassa. Opintojen ja opinnäytetyön tarkoituksena on täydentää osaamistani ja ammatillisuuttani. Haluan opinnäytetyön kautta jakaa osaamistani ja kokemustani työtovereiden kesken. Ajattelen opinnäytetyön ensisijaisesti vahvistavan ja lisäävän valmiuksiani työssäni Kellokosken sairaalassa.

Tämän opinnäytetyön toteutus tapahtuu kehittävän työntutkimuksen ajatuksin. Kehittävässä työntutkimuksessa yhdistyy käytännön kehittäminen, tutkiminen ja työssä tapahtuva oppiminen ja koulutus. Kehittävän työntutkimuksen avulla voidaan muokata työyhteisön sisällä välineitä toiminnan selkeyteen ja uusien mallien suunnitteluun. Haluan opinnäytetyössä osallistua sellaiseen tutkimukseen, jossa voin työntekijänä muuttaa ja kehittää omaa työtäni.

Opinnäytetyössäni teoreettiseen viitekehykseen kuuluu tutkimuksen keskeisten käsitteiden esittely, luokittelu ja määrittely. Käsitteet ovat työkaluja, joiden avulla teen sekä tutkimusta että esitän tulokset. Keskeisimmät käsitteet ovat kehittävä työntutkimus, mielenterveys, päihteet, päihderiippuvuus ja kaksoisdiagnoosi.

## 2 Kehittävä työntutkimus

Kehittävän työntutkimuksen ajatuksena on työelämän kehittäminen. Kehittävä työntutkimus on lähestymistapa työn ja organisaation tutkimiseen ja kehittämiseen. Kehittävää työntutkimusta voidaan luonnehtia toiminnan teorian erityiseksi muodoksi ja sovellukseksi työtoimintojen tutkimiseen. Kehittävä työntutkimus on muutosstrategia, joka yhdistää tutkimuksen, käytännön kehittämistyön ja koulutuksen. (Engeström 1998, 11.) Kehittävässä työntutkimuksessa yhdistetään käytännössä tavoiteltu muutos tutkijan rooliin teoreettisena asiantuntijana (Kuula 1999, 226).

Engeström (1998, 36 - 48) näkee kehittävän työntutkimuksen syntyneen tarpeesta asettaa toimiva ja ajatteleva työntekijä, subjekti, työprosessin analyysin ja käytännöllisen kehittämisen keskipisteeksi. Kehittävää työntutkimusta nimitetään moniäänisyydeksi sen taustojen, intressien ja näkökulmien vuoksi. Moniäänisyyttä on käytetty eniten työntekijöiden haastatteluja analysoimalla.

Kehittämistutkimuksessa käytetään eri tutkimusmenetelmiä, joita sovelletaan tilanteen ja kehittämiskohteen mukaan. Kehittämistutkimuksessa voi tutkimusote olla monimenetelmäinen tai tutkimusstrategia, jossa yhdistyvät kvalitatiiviset ja kvantitatiiviset tutkimusmenetelmät. Kehittämistyö on tiedettä, kun kehittämistyö dokumentoidaan ja käytetään tieteellisiä menetelmiä, jotka tuottavat luotettavaa ja uutta tietoa. (Kananen 2012, 19 - 21.)

Kehittävässä työntutkimuksessa yksilön toimintajärjestelmää käsitellään asiayhteytenä. Ihmistä ei tarkastella pelkästään abstraktina yksilönä vaan toiminnallisena kohteena, välineenä ja sääntönä. Yhden toimijan näkökulmasta toimintaprosessin kulkua voidaan kuvata tekojen sarjana. Kehittävä työntutkimus on samanaikaisesti konkreettisten toimintojen empiiristä tutkimusta ja toiminnan teorian kehittelyä. (Engeström 1998, 56 - 73.)



## 2.1 Kehittävä työntutkimus toiminnallisena tutkimuksena

Kehittävässä työntutkimuksessa kiinnostus on suuntautunut työyhteisössä tai ammattiryhmissä esiintyvien ajattelu- ja toimintamallien koko kirjoon ja sen kehitykseen. Kehittävässä työntutkimuksessa erityisen tärkeätä on tutkittavien omien merkitysten muodostaminen. Näin ollen kehittävä työntutkimus on osallistuvaa tutkimusta, jossa tutkittava nostetaan aktiiviseksi osapuoleksi. (Engeström 1998, 124.)

Toimintatutkimuksen yhteydessä puhutaan teorian ja käytännön yhteydestä. Toimintatutkimus liittyy tieteellisen tutkimuksen ja käytännön elämän suhteeseen. Toimintatutkimuksessa ei tehdä jakoa tutkimuksen ja toiminnan välillä. Teorian ja käytännön yhdistäminen mahdollistuu, kun tutkimusta tehdään yhdessä tutkittavien kanssa. Tavoitteena on tietyn käytännön elämän ongelman ratkaiseminen ja käytännön kehittäminen paremmaksi. (Kuusela 2005, 10.)

## 2.2 Kehittämistoiminta

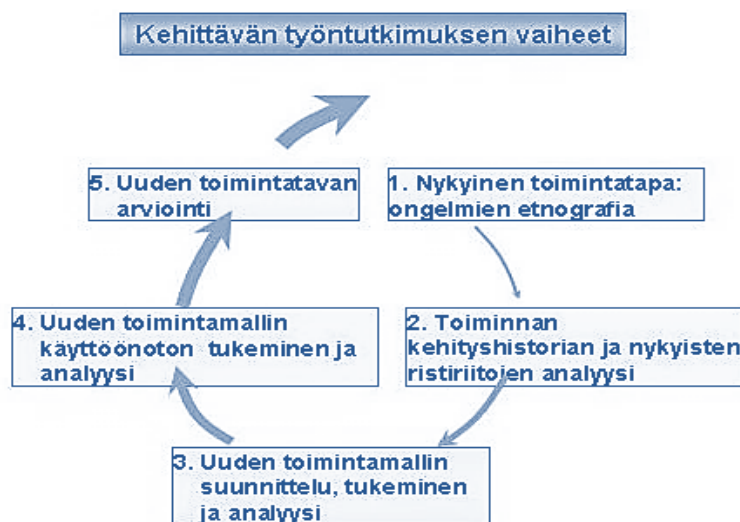
Kehittämistä koskevan keskustelun yhteydessä käytetään rinnakkain käsitteitä kehittämistoiminta, kehitystyö ja kehittämistyö. Tutkimuksellisesta kehittämistoiminnasta puhutaan silloin, kun halutaan korostaa tutkimuksellisten asetelmien merkitystä kehittämistoiminnassa. Kehittäminen tähtää muutokseen, jolla tavoitellaan jotakin parempaa tai tehokkaampaa kuin aikaisemmat toimintatavat. Kehittämistoiminnan lähtökohtana voivat olla nykyisen tilanteen tai toiminnan ongelmat tai näky jostakin uudesta. Kehittämistoiminnassa tavoitellaan muutosta työnteon tavassa tai menetelmissä. (Rantanen & Toikko 2009, 14 - 16.)

Kuula (1999, 112) mieltää kehittämistavan keinoksi saada resursseja tehokkaammin toiminnan käyttöön. Kehittämistoiminta voi olla suuntauksen mukainen toimintatutkimus, jossa esimerkiksi työntekijöillä on mahdollisuus päästä osallistumaan. Työyhteisöissä teetetyissä tutkimuksissa ongelmiksi voi muotoutua muutoksen toteuttamisen suhteen vaikeat työyhteisöt ja niiden työntekijät ja yhdyshenkilöt.

Työn kehittämisellä ei välttämättä aina pyritä muutokseen tai uudistamaan työn luonnetta kokonaan. Työyhteisöjen kehittämisen tavoitteena voi olla vallitsevan tilanteen säilyttäminen tai sopeutuminen muutokseen. (Vataja 2012, 39.)

Opinnäytetyön etenemistä on ohjannut Engeströmin (1998, 128) kehittävä työntutkimuksen vaiheittaisen etenemisen kaavio. Kehittävä työntutkimuksen ohjaamana voidaan työntekijöiden kokemuksista tuoda konkreettista havaintoaineistoa omasta työstään ja siinä esiintyvistä mahdollisista häiriöistä. Kehittävä työntutkimuksen tutkimusmenetelmässä tutkittavat on

tutkimuksen aktiivinen osapuoli, jossa he itse arvioivat omaa toimintatapaansa ja tulosten perusteella pyrkivät muuttamaan sitä.

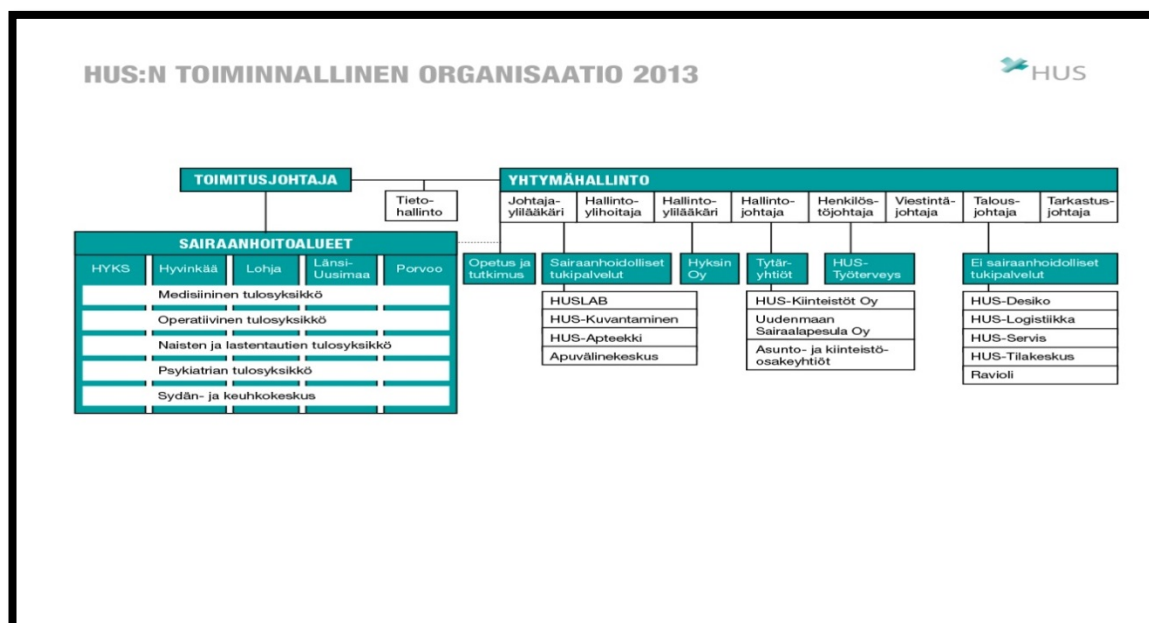


Kuvio 1. Kehittävän työntutkimuksen menetelmällisen syklin vaiheet

Ensimmäisen vaiheen ongelmien etnografiaa kuvaan ongelman määrittelyn kautta, jossa tuon esiin nykytilaa ja muutostarvetta. Toisessa vaiheessa pyritään saamaan esiin toiminnan ristiriidat ja kolmannessa vaiheessa mietitään uusien toimintamallien suunnittelua ideoiden ja ajatusten sekä parannusehdotusten kautta. Neljännessä vaiheessa toteutetaan uuden toimintamallin käyttöönottoa ja viidennessä vaiheessa tehdään arviointia uuden toimintatavan vaikutuksista ja koko prosessista. Tässä opinnäytetyössä edetään vaiheeseen kolme, jossa toiminnan ideat ja ajatukset esitellään ja toimintamallin suunnittelun analyysi kuvataan.

### 3 Hoito- ja kuntoutusmalli avokuntoutusosastolla 4

Psykiatrasta sairaala- tai laitoshoidoa tarvitaan usein tilanteissa, jolloin avohoidon toimet eivät ole riittäviä mielenterveyden häiriön aiheuttamien ongelmien hallitsemiseksi. Avokuntoutusosasto 4 on yksi Kellokosken sairaalan osastoista. Kellokosken sairaala kuuluu Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriin eli HUS konsernirakenteeseen Hyvinkään sairaanhoitoalueen psykiatrian tulosyksikön erikoissairaanhoidon yksikköön. Hyvinkään sairaanhoitoalueen jäsenkuntia ovat Hyvinkää, Järvenpää, Mäntsälä, Nurmijärvi ja Tuusula. Alueen väestöpohja on 184 422 asukasta. Psykiatrian tulosyksikön tehtävinä ovat oikeuspsykiatristen ja vaikeahoitoisten potilaiden hoito, skitsofreniapotilaiden kuntoutus sekä vaikeasti oireilevien lasten ja nuorten hoito. Kellokosken sairaalalla on pitkät perinteet potilaiden pitkäjänteisen kuntoutuksen alalla. (Psykiatrian tulosyksikön strategian toimeenpano-ohjelma 2013 - 2018 2013, 3.)



Kuvio 2. HUS:n organisaatio ([www.hus.fi](http://www.hus.fi))

Kuviossa 2 on esitetty HUS:n organisaatio, jossa kuntayhtymän toimintaa johtaa toimitusjohtaja. Toimitusjohtajan sijaisena toimii johtajaylilääkäri ja tämän sijaisena konsernin hallintojohtaja tai hallituksen erikseen määräämä viranhaltija. Kuntayhtymän johdon esikuntana toimii yhtymähallinto. ([www.hus.fi](http://www.hus.fi))

Avokuntoutusosasto 4 on yksi psykiatrian tulosityksikön psykoosit-vastuualueen osastoista. Tulosityksikössä on yksijohtajajärjestelmä. Tulosityksikkö koostuu viidestä kliinisestä, keskeisiin potilasprosesseihin rakentuvasta vastuualueesta, joiden toimintaa johtavat kumppaneina vastuualuejohtaja ja osastoryhmän päällikkö. Tulosityksikön vastuualueet ovat 1. psykoosit, 2. mielialahäiriöt, 3. nuorisopsykiatria, 4. oikeuspsykiatria ja 5. psykogeriatrian ja neuropsykiatrian vastuualueet. (Kellokosken sairaalan esite 2013, 4.)

Kanerva (2013, 4) kertoo Kellokosken sairaalan oikeuspsykiatrisen osaston useilla potilailla olevan päihdeongelmaa. Potilas yleensä toivoisi elää normaalia elämää ja arkea, kunhan vain päihteet eivät tulisi mukaan kuvioihin. Oikeuspsykiatrisella osastolla kuntoutuksella tähdätään ennen kaikkea suuttumuksen hallintaan ja ahdistuksen sietoon. Suuttumuksen hallinta ja ahdistuksen sietäminen ovat taitoja, jotka saattavat siviilissä pelastaa läheisen tai sivullisen hengen.

Psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa palveluja käytti vuonna 2011 yli 159 000 eri ihmistä. 152 715 potilasta kävi vuoden 2011 aikana avohoidon vastaanotolla. Sairaalahoidossa saman vuoden aikana näistä potilaista oli 21 622. Vuoden 2011 aikana pelkästään sairaalahoidossa oli 6 906 potilasta. Sukupuolijakauma vaihtelee ikäryhmittäin. Naisia ja miehiä oli psykiatrisessa

sairaalahoidossa vuonna 2011 yhtä paljon. Vanhemmissa ikäryhmissä ja 15 - 25-vuotiaista potilaista naisten osuus oli suurempi, kun taas työikäisistä ja lapsista suurempi osa potilaista oli miehiä ja poikia. Sekä skitsofrenia että lääkkeiden ja päihteiden käyttö ovat miesten yleisin psykiatrasta sairaalahoitoa vaativa sairaus. Naisilla yleisin psykiatrasta sairaalahoitoa vaativa sairaus on masennus. Naisilla psykiatrisen sairaalahoidon syynä yhdeksäntenä on alkoholi. (Rautiainen & Pelanteri 2013, 1)

Osasto 4 on 20 sairaansijaa käsittävä kuntoutusosasto, joka jakautuu kahteen eri yksikköön. Toinen yksiköistä on 14-paikkainen ja sijaitsee Kellokosken sairaalan alueella keskitalossa neljännessä kerroksessa, toinen yksiköistä on rantatalo Kellokosken sairaalan alueella, jossa on 6 potilaspaikkaa.



Kuva 1. Keskitalo 10/2013

Kuvassa 1 on kuvattu keskitalo, jossa avokuntoutusosasto 4 sijaitsee. Hoitohenkilökunta on keskitalon avokuntoutusosastolla paikalla 7.00 - 20.30 välisenä aikana.



Kuva 2. Rantatalo 12/2013

Kuvassa 2 on kuvattu rantatalo. Rantatalossa työskentelee pääsääntöisesti yksi hoitaja arki-aamuisin 7.00 - 15.00 välisenä aikana.



Kuva 3. Rantatalon terassilta näkyvä Keravanjoki

Kuvassa 3 on rantatalon terassilta kuvattua näkymää. Rantatalo sijaitsee Keravanjoen rannassa.

Avokuntoutusosaston hoito ja kuntoutus on pääsääntöisesti kohdennettu skitsofreniaa ja psykoosisairauksia sairastaville moniongelmaisille potilaille. Avokuntoutusosasto 4 hoidon tavoit-



teena on parantaa potilaan valmiuksia selviytyä mahdollisimman itsenäisesti hänelle suunnitellussa asumismuodossa, kohentaa elämänlaatua ja auttaa potilasta pääsemään osalliseksi yhteiskuntaan.

Osasto 4 tehtäviin kuuluu tiivis yhteistyö avohoidon, perusterveydenhuollon ja muiden yhteistyökumppaneiden kanssa. Hoito- ja kuntoutuskäytännöt perustuvat psykoedukaatiiviseen työotteeseen ja yksilövastuisen hoitotyön periaatteisiin. Psykoedukaatio on mielenterveyden häiriöissä käytetty kuntouttava työskentelytapa, jonka tarkoituksena on antaa tietoa sairaudesta ja sen hallinnasta. Omahoitajasuhteen lisäksi perhetapaamiset ja erilaiset ryhmätoiminnot kuuluvat osaston toimintaan. Avokuntoutusosasto 4 pyrkii yhteiskunnalliseen vaikuttamiseen jakamalla asianmukaista tietoa ensisijaisesti potilaille ja hänen läheisilleen skitsofreniasta ja sen hoidosta.

HUS-hallitus on tehnyt päätöksiä monista tulosityksikköämme ja Kellokosken sairaalaa koskevista asioista hallitustiedotteessaan 2.9.2013. Hallitustiedotteessa on päätetty vähentää psykiatrisia sairaansijoja vuoteen 2018 mennessä noin puoleen nykyisestä niin, että jäljelle jää 0,4 sairaansijaa tuhatta asukasta kohden. Näistä sairaansijoista noin puolet keskitetään Helsingin seudun yliopistollisen keskussairaalan eli HYKS-psykiatrian yhteyteen perustettavan osaamiskeskukseen ja puolet jäisi sairaanhoitoalueille paikallisen avohoidon tueksi. Hyvinkään sairaanhoitoalueelle jäisi avohoito sekä 30 - 40 sairaansijaa tai kaksi vuodeosastoa, jotka huolehtisivat lähinnä akuuttien ja lyhytkestoisten, kriisiluonteisten mielialahäiriöiden ja psykoosien hoidosta. (Hallitustiedote 2.9.2013 2013, 1.)

HUS-hallitus on 2.9.2013 päättänyt psykiatrian järjestelyistä 1.1.2015 alkaen, jolloin osa psykiatrian tulosityksikön toiminnasta jää Hyvinkään sairaanhoitoalueelle ja suurin osa sairaalatoiminnasta siirtyy HYKS-psykiatrian osaamiskeskukseen. Tämä tarkoittaa, että Hyvinkään sairaanhoitoalueen toiminnaksi jää kaksi aikuisosastoa, eli nykyiset Kellokosken sairaalan osastot 8, 9 ja 51 ja näiden potilaiden avohoito. HUS-sopeuttamisohjelman takia osastojen 8 ja 9 fuusioita sekä osaston 51 siirtoa Kellokosken sairaalan Ohkolan kiinteistöstä vastaanottorakennukseen aikaistetaan, koska nämä kaksi osastoa palvelevat tulevaisuudessa Hyvinkään aikuispotilaita. Kellokosken sairaalan muutosten ollessa suuria on tilaratkaisuissa tarkoin suunniteltava, peruskorjataanko Keskitalo, jossa avokuntoutusosasto 4 sijaitsee. (Hallitustiedote 2.9.2013 2013, 1.)

Osastot 8 ja 9 on fuusioitu yhteen ja ne ovat muuttaneet nykyisen osasto 9 tiloihin 28.10.2013. Osasto toimii jatkossa osastona 1 ja toimii akuuttina vastaanotto-osastona mielialahäiriöpotilaille. Myös Kellokosken sairaalan osaston 2 psykiatrisille potilaille tarjoamat kuntoutusjaksot ovat päättyneet 6.10.2013 päättäen koko osasto 2 toiminnan. Osastona 2 toimii nykyisin Ohkolan kiinteistöstä muuttanut osasto 51. Osa Hyvinkään sairaanhoitoalueen potilai-

den osastokuntoutusjaksoista voidaan korvata lokakuussa 2013 aloittaneen psykiatrisen tehostetun avohoidon yksikön tarjoamalla kuntoutuksella.

Kellokosken sairaalan nykyisistä toiminnoista on suunniteltu oikeuspsykiatrian, vanhuspsykiatrian ja neuropsykiatrian sekä nuorisopsykiatrian avohoitoineen liittyvän 1.1.2015 toimintansa aloittavaan HYKS-psykiatrian osaamiskeskukseen. Myös psykoosit vastuualueen osastot 3, 4, 24 ja suurin osa toiminnallista kuntoutusta sekä mielialahäiriöt vastuualueen osasto 12 liittyvät uuteen osaamiskeskukseen. Suunnittelujen keskeisin haaste Kellokoskella tulee olemaan potilasryhmäkohtaisten hoito- ja palveluketjujen hyvän toiminnan varmistaminen, koordinointi ja johtaminen jatkossakin huolimatta Kellokosken sairaalan sisälle muodostuvasta organisatorijasta HYKS osaamiskeskuksen ja alueellisen psykiatrian välille. (Psykiatrian tulosityksikön tiedote henkilöstölle 2013 2013, 1.)

Lähipuosina Uudellamaalla psykiatriset hoitopaikat karsitaan puoleen nykyisestä. Psykiatristen potilaiden hoito aiotaan siirtää enenevässä määrin avohoitoon. Potilaspaiikkojen laitoshoidon vähentämisen syynä on muun muassa laitoshoidon kalleus. Avohoitoa pidetään sekä potilaan että yhteiskunnan etuna. (Kanerva 2013, 4.)

### 3.1 Yksilövastuinen hoitotyö avokuntoutusosastolla 4

Mielenterveysongelmaisten kuntoutus on palvelu, joita käyttävät vaikeista tai pitkäaikaisista mielenterveysongelmista kärsivät. Tämä laaja-alainen psykiatrinen kuntoutusmuoto kattaa myös lievemmät tapaukset, esimerkiksi työelämässä olevat henkilöt, joiden toimintakyky tai elämänhallinta on alentunut tai on vaarassa alentua pitkäkestoisten mielenterveysongelmien takia. Kuntoutus on pitkäkestoinen prosessi, joka auttaa terveysongelmista kärsiviä selviytymään elämässään, esimerkiksi työssä, opinnoissa ja sosiaalisessa kanssakäymisessä muiden kanssa. (Lavikainen, Lahtinen & Lehtinen 2004, 46.)

Yksilövastuinen hoitotyö voidaan määritellä potilaan ja omahoitajan yhteistyösuhteeksi, jossa molemmat työskentelevät potilaan terveyden edistämiseksi. Yhteistyösuhteen luonteeseen kuuluu hoitajan ja potilaan toisiinsa liittyminen, jossa potilas voi kokea läheisyyttä, turvautua toiseen ihmiseen ja tulla autetuksi. (Munnukka & Aalto 2002, 23.) Yksilövastuisessa hoitotyössä potilas ja hoitaja kohtaavat toisensa tasavertaisina kunnioittaen toistensa määräysvaltaa omaan elämään (Punkanen 2001, 52).

Yksilövastuisessa hoitotyössä on kyse työnjakomallista, jossa omahoitajan tehtävänä on huolehtia sovituista työalueista potilaan hoidossa. Jokaiselle potilaalle nimetään yksilöllisesti vastuussa oleva omahoitaja, joka kantaa vastuun hoidosta ja hoidon koordinoinnista potilaan hoitojakson ajan. Yksilövastuisessa hoitotyössä hoitaja on yhdenvertaisena ihmisenä vaikuttava

tekijä potilaan elämässä tarkoituksena taata potilaalle korkealaatuinen hoito. Potilaan osallistuminen omaan hoitoon ja hoitoa koskevaan päätöksentekoon lisääntyy yksilövastuisessa hoitotyössä. Yksilövastuisessa hoitotyössä potilas on yksilöllisen, jatkuvan, koordinoitun ja kokonaisvaltaisen hoitotyön saaja. (Munnukka & Aalto 2002, 27 - 40.)

Hoitosuhdetyöskentely toteutuu yksilövastuisessa hoitotyössä. Hoitosuhde voi olla monologista tai dialogista. Dialogia kutsutaan kahden tai useamman henkilön vastavuoroiseksi toiminnaksi, jossa vuorotellaan puhujina ja kuuntelijoina. Luottamuksellisessa ja hyvässä hoitosuhteessa potilaalla on yhdessä hoitajan kanssa mahdollista saavuttaa niitä asioita, jotka auttavat potilasta itseään muutoksen tilassa. (Hentinen 2009, 44.)

Potilaan hoidon ja kuntoutuksen suunnittelu ja toteutus on ryhmätyötä. Potilaan hoitoa ja kuntoutusta suunnitellaan ja arvioidaan moniammatillisessa työryhmässä yhdessä potilaan ja hänen lähiverkostonsa kanssa. Hoitoneuvottelussa potilaalle laaditaan yksilöllinen hoito- ja kuntoutussuunnitelma. Osaston oman henkilökunnan lisäksi yhteistyötä sairaalassa tehdään tarvittaessa erityistyöntekijöiden ja eri toimintayksiköiden kanssa. Yksilövastuinen hoitotyö näyttäytyy avokuntoutusosastolla toimintana, jossa omahoitajalla on rooli tukea potilaan toimintaa ja ylläpitää työ- ja toimintakykyä sekä ohjata itsenäiseen selviytymiseen.

### 3.2 Moniammatillinen hoitotyö avokuntoutusosastolla 4

Moniammatillisuus on käynnistynyt päihdetyössä käytettävänä työmallina, joka on syntynyt 1950-luvulla kansainvälisten esimerkkien ja tieteellisten tutkimusten pohjalta. Moniammatillisen työmallin luojaat ovat joutuneet kokemaan, etteivät arvot, asenteet ja sosiaaliset olot ole olleet aina kovin myönteisiä hoidolle. Moniammatillisuudessa korostetaan, että ongelmia on käsiteltävä kokonaisvaltaisesti, monen ammattikunnan yhteistoimintana. (Kaipio & Ruisniemi 2009, 12 - 14.)

Moniammatillisuutta kuvataan toimintana, jossa tarvitaan eri ammattialojen yhteistyötä. Moniammatillisia tiimejä tarvitaan etenkin psykososiaalisissa palveluissa, mielenterveystyössä ja päihdehuollossa. Potilaiden ongelmat ovat usein laaja-alaisia, jolloin yksittäisen työntekijän taidot ongelmien selvittämiseen ovat liian kapea-alaiset. Moniammatillisesta hoidosta on hyötyä ja tuloksellisuutta potilaan hoidon laatuun ja sen on todennettu vähentävän terveydenhuollon kustannuksia. (Jaatinen ym. 2005, 1062.)

Moniammatillisella asiantuntijuudella kuvataan ihmistä tai ammattiryhmää, joka työssään toimii monitaitoisesti. Moniammatillisessa yhteistyössä korostetaan asiakaslähtöisyyttä, tiedon ja eri näkökulmien yhteen kokoamista, vuorovaikutuksellista yhteistyötä ja eri verkostojen hyödyntämistä. (Ikonen & Julkunen 2007, 22.)



Avokuntoutusosasto 4 moniammatillinen tiimi muodostuu eri koulutuksen saaneista henkilöistä. Vastuualuejohtaja ja osastoryhmän päällikkö yhdessä vastaavat osaston johtamisesta ja osallistuvat sovituksi moniammatillisen tiimin palaveriin. Moniammatillisen tiimin säännöllisessä viikoittaisissa palaverissa on pääsääntöisesti mukana osastonhoitaja sekä neljä sairaanhoitajaa ja kolme lähihoitajaa työvuorossa ollessaan osastonlääkärin, psykologin, sosiaalityöntekijän ja toimintaterapeutin lisäksi.

#### 4 Mielenterveys ja mielenterveysongelmat

Mielenterveys on monitahoinen käsite. Ajatellaan, että ihminen on terve, kun hän kykenee selviytymään itsenäisesti päivittäisistä toiminnoista, kuten ihmissuhteista, työstä ja vapaaajasta niin, ettei hän itse tai toiset ihmiset siitä kärsisi. Mieleltään terve ihminen toimii yhteiskunnan normien ja yleisesti hyväksytyjen mallien mukaisesti. (Hietaharju & Nuuttila 2010, 12.)

Mielenterveys ei ole pysyvä tila, sillä siihen vaikuttavat monet tekijät. Mielenterveyttä voidaan kuvata yksilön henkisenä vastustuskykyinä ja hyvinvoinnin tilana. Elämäkokemukset vaikuttavat yksilön mielenterveyteen läpi elämän. Sairastuminen, väkivalta, kuolema tai ihmissuhdeongelmat ovat kielteisiä tapahtumia, jotka vaikuttavat yksilön mielenterveyteen muuttaen sitä. (Kuhanen, Oittinen, Kanerva, Seuri & Schubert 2010, 19.)

Mielenterveyslakiin (1116/1990) on sisällytetty säännökset mielenterveyspalveluiden järjestämisestä, yhteistyöstä sairaaloiden, avoterveydenhuollon ja sosiaalihuollon kesken sekä palveluiden valvonnasta ja ohjauksesta. Asumis-, toimeentulo-, lastensuojelu- ja erityislastensuojelua koskevat säädökset vaikuttavat ennen kaikkea kansalaisten mielenterveyteen. Ihmisarvon kunnioittaminen, itsemääräämisoikeus, oikeudenmukaisuus ja hoidon vapaaehtoisuus ovat mielenterveyden ja sairauksien hoidon perusta. (Mielenterveysetiikka. Sinulla ja minulla on moraalinen vastuu 2009, 9.)

Mielenterveystyössä lähtökohtana ovat teoreettiset lähestymistavat, joiden avulla voidaan hahmottaa ihmistä ja hänen elämäänsä. Keskeisiä lähestymistapoja ovat biologinen, psykodynaaminen, kognitiivinen, behavioristinen, humanistinen, systeeminen ja konstruktionistinen. Mikään lähestymistapa ei yksinään riitä, vaan erilaisten lähestymistapojen yhdistäminen ja tarpeenmukainen käyttö on mielenterveystyössä olennaista. Mielenterveyspalveluiden kustannuksia ei ole saatavilla koko maan tasolla, koska palvelut järjestetään eri kunnissa eri tavalla, mikä hankaloittaa vertailukelpoisten tietojen keruuta. (Kiviniemi ym. 2007, 35.)

Mielenterveysongelmat liittyvät sosiaaliseen syrjäytymiseen ja syrjäytymisen uhkaan. Sosiaalisuuden ja sosiaalisen syrjäytymisen ongelmat ovat henkilön ja hänen ympäristönsä välisen suhteen uhkia ja häiriöitä, joissa ongelmien lähteitä ei voi sijoittaa vain toiseen osapuoleen. Sosiaalisen osallisuuden ongelmat ilmenevät monin tavoin käyttäytymisen ja kokemisen tasolla. Niitä voi olla esimerkiksi torjutuksi tai kiusatuksi tulemisena, vieraantumisen kokemuksena ja eristäytymisenä, sosiaalisina pelkoina, vuorovaikutuksen yksipuolistumisena, passiivisuutena, jäykkyytenä sekä rohkeuden ja aloitteellisuuden puutteena. (Riikonen 2008, 158.)

Mielenterveyden häiriöt on yhä yleisempi työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymisen peruste. Yleisin syy työkyvyttömyyseläkepääöksille on masennus. Mielenterveyden häiriöt luokitellaan niiden oireiden mukaan. Oireet voivat esiintyä monella eri tavalla. Kun oireet aiheuttavat kärsimystä tai rajoittavat toiminta- ja työkykyä tai osallistumis- ja selviytymismahdollisuuksia, on kyse silloin mielenterveyden häiriöstä. (Hietaharju & Nuuttila 2010, 31.)

Mielenterveyshäiriötä voidaan pitää ihmisen normaalista poikkeavana käyttäytymisenä tai elämän hallinnan menettämisenä. Yksittäiset oireet näyttäytyvät eri tavalla, potilas kertoo niistä eri tavoin ja psyykkisten häiriöiden kesto vaihtelee. (Schubert 2007, 75.)

Nykyisessä mielenterveysajattelussa on erotettavissa kolme linjaa. Mielenterveys on ammatillisesta, organisatorisesta ja poliittisesta asemastaan kansanterveyden piiriin kuuluva asia. Nykyisessä ajattelussa huomio kohdistetaan ihmisten ongelmien ennaltaehkäisyyn ja mielenterveyttä ylläpitäviin voimavaroihin. Mielenterveys nähdään kiinteänä osana työ- ja toimintakykyyn ja sitä kautta kansantalouksien kilpailukykyyn esimerkiksi EU:n asialistalla. Suomi on yhtenä EU:n jäsenenä sitoutunut edistämään mielenterveyttä osana kansanterveysohjelmaa. EU:n yhteisen mielenterveysstrategian tavoitteita ovat muun muassa mielenterveyden tukeminen, mielenterveys ihmisoikeuskysymyksenä, mielenterveysongelmien ja itsemurhien ehkäisy sekä leimaavuuden poistaminen. (Saarenheimo & Pietilä 2011, 22 - 23.)

Avokuntoutusosastolla 4 hoidetaan muun muassa skitsofreniaa sairastavia moniongelmaisia potilaita. Skitsofrenian puhkeamisen taustalla on vahva geneettinen alttius. Skitsofreniaan sairastutaan yleensä nuorena. Suomalaisväestössä taudin yleisyys on yli 1 %. Pohjois- ja Itä-Suomessa skitsofreniasairautta esiintyy kolme kertaa enemmän kuin Länsi- ja Etelä-Suomessa. Miesten yleisin sairastumisikä on 20 - 28-vuotiaana ja naisten 24 - 32-vuotiaana. Sairastumisriskiä perinnöllisyyden ohella saattaa lisätä esimerkiksi raskaus- ja synnytyskomplikaatiot, traumaattiset kokemukset ja alkoholi- ja huumeongelmat sekä hoivan ja huolenpidon laiminlyönti lapsuudessa ja nuoruudessa. Sairauden ennakoivia oireita voivat olla muun muassa eristäytyminen, luonteen muutos, outo käytös ja ajatusharhat. (Noppari, Kiiltomäki & Pesonen 2007, 86 - 87.)

Skitsofrenian diagnostiikka perustuu ICD-10-järjestelmän skitsofrenian yleisiin kriteereihin, alatyyppeihin ja lisämääreisiin. Yleiset kriteerit kuvaavat oireiden esiintymistä ja kestoa, elimellisiä aivosairauksia sekä päihteiden käyttöön liittyvien diagnoosien poissulkevat kriteerit. (Toivio & Nordling 2009, 119.)

Skitsofrenian ensimmäiset oireet näkyvät yleensä myöhällä murrosiällä. Skitsofreniapotilaat yleensä vetäytyvät sosiaalisista kontakteista. Skitsofreniasairaus ei sinällään johda väkivaltaisuuteen. Väkivaltaisesti käyttäytyvällä potilaalla voi usein olla hyvin vakava päihdeongelma ja persoonallisuushäiriö. (Perttula 2012, 31).

Skitsofrenian on todennettu kuuluvan vaikeimpiin psykiatriisiin sairauksiin. Psykoosisairaudet ovat kansanterveydellinen ongelma ja ne kuormittavat sekä yksilöä että yhteiskuntaa. Alueellisia eroja aiheuttavia tekijöitä olisikin tutkittava tarkemmin, jotta ennaltaehkäisyä voitaisiin kehittää. Sairastavuuden alueelliset erot tulisi ottaa huomioon myös silloin, kun resursoidaan alueellisia hoitojärjestelmiä. Alkoholin aiheuttama psykoottinen häiriö on tavallisesti 45 - 54-vuotiaiden miesten sairaus. (Perälä 2013, 78.)

Schubert (2007, 89 - 90) kuvaa kirjassaan, kuinka WHO:n tutkimusten mukaan skitsofrenia on vähemmän kehittyneissä maissa lievempi sairaus kuin kehittyneissä, rikkaissa maissa. Enemmän skitsofreniaan sairastuneita on taloudellisesti ja teknologisesti kehittyneissä maissa kuin maanviljely- tai metsästäjä-keräilijäyhteisöissä. Skitsofrenian maailmanlaajuinen esiintyvyys on 0,1-1,5 % välillä.

#### 4.1 Mielenterveys- ja päihdetyön ohjelmat

Mielenterveystyön ja päihdehuollon yhdistämisessä on syytä varoa, ettei lääketiede lisää kustannuksia ja kasvata kallista laitoshoidoa. On syytä varoa, ettei yhdistäminen karkota niitä asiakkaita, joilla ei ole sekä mielenterveys- että päihdeongelmaa. Suurten kuntaliitosten lisääntynyt tilaaja-tuottajamallin käyttöönotto saattaa muodostaa uhan hoidon jatkuvuudelle sekä erikoishoidolle ja ehkäisevälle toiminnalle. (Tammi, Aalto & Koski-Jännes 2009, 211.)

Suomessa on tällä hetkellä useita mielenterveys- ja päihdetyöhön liittyviä valtakunnallisia hankkeita ja ohjelmia. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma linjaa laaja-alaisesti mielenterveys- ja päihdetyön kehittämistä vuoteen 2015. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelman taustalla on mielenterveys- ja päihdeongelmien suuresta kasvavasta kansanterveydellisestä merkityksestä. (Aalto ym. 2009, 60.)

#### 4.2 Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma vuoteen 2015

Sosiaali- ja terveysministeriön nimittämä työryhmä on valmistellut kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman kansanedustajien tekemän aloitteen pohjalta. Suunnitelma julkaistiin vuonna 2009 ja siinä linjataan mielenterveys- ja päihdetyön kehittämistä ensimmäistä kertaa yhdessä vuoteen 2015. (Partanen, Moring, Nordling & Bergman 2010, 15.)

Mielenterveys- ja päihdetyön suunnitelmassa esitetyt 18 ehdotusta on jaettu neljään teemaan. Teemat ovat 1) mielenterveyden ja päihteettömyyden edistäminen sekä ongelmien ehkäisy, 2) mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden aseman vahvistaminen, 3) palvelujärjestelmän kehittäminen ja 4) mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi tarvittavat ohjauskeinot. (Aalto ym. 2009, 60.)

Mielenterveys- ja päihdesuunnitelmassa suositellaan ongelmia kokeneiden tai ongelmia kokeneiden läheisten mukaan ottamista mielenterveys- ja päihdepalveluiden arvioimiseen, kehittämiseen ja toteuttamiseen. Suunnitelmassa korostetaan vertaistukeen perustuvien tukipalveluiden ja arjen tukea antavien palveluiden merkitystä varsinaisen hoidon rinnalla. Mielenterveys- ja päihdetyön parempi toteuttaminen edellyttää yhteistyötä julkisen palvelujärjestelmän, kolmannen sektorin kansalaisjärjestöjen ja erilaisten palveluntuottajien kanssa. (Aalto ym. 2009, 61; Laitila 2013, 13.)

#### 4.3 Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma (Kaste)

Suomalaisten hyvinvoinnissa on eroja somaattisessa ja psyykkisessä sairastavuudessa sekä terveystottumuksissa. Pitkäaikaistyöttömyyden kasvun ja köyhyyden lisääntyminen ovat lisänneet ihmisissä epävarmuutta ja syrjäytymisen uhkaa. Terveyttä heikentävien elämäntapojen ja ongelmien on todettu siirtyvän perheissä seuraaville sukupolville. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma (Kaste) on luotu hyvinvointi- ja terveyserojen kaventamiseksi, jotta voidaan mahdollistaa kaikille hyvinvointia ja terveyttä tukevat yksilölliset, yhteisölliset ja yhteiskunnalliset ratkaisut. (Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma KASTE 2012-2015 2012, 15.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisessa (Kaste) kehittämisohjelmassa on nostettu esiin kehittämistarpeet, jotka koskevat perusterveydenhuoltoa, sosiaalityötä, ensihoitoa sekä mielenterveys- ja päihdetyötä. Kehittämisohjelman tavoitteena on ihmisten osallisuuden lisääntyminen ja syrjäytymisen väheneminen, ihmisten hyvinvoinnin ja terveyden lisääntyminen ja terveyserojen väheneminen ja palvelujen laadun, vaikuttavuuden sekä saatavuuden paraneminen samalla kun alueelliset erot vähenevät. (Forsell, Virtanen, Jääskeläinen, Alho & Partanen 2010, 27.)

## 5 Päihteet, päihdeongelma ja riippuvuus

Käypähoito-suositusten mukaan päihteiden käytöstä saattaa seurata mielenterveyden ongelmia tai ne voivat aiheuttaa niitä tai molemmilla saattaa olla yhteisiä altistavia tekijöitä. Samanaikaisten mielenterveyden häiriöiden luotettava diagnosointi edellyttää yleensä neljän viikon raitista jaksoa ohimenevien oireiden poissulkemiseksi, oireiden alkamista ennen päihteiden käyttöä, oireilua raittiiden jaksojen aikana tai oireiden pitkäkestoisuutta.

Päihteillä tarkoitetaan niiden laajassa merkityksessä sekä laillisia että laittomia päihdyttäviä aineita. Päihteet ovat kemiallisia aineita, jotka aiheuttavat päihtymystilan. Suomessa päihteiksi luokitellaan tupakka, alkoholi, huumausaineet ja tekniset liuottimet. (Kylmänen 2005, 25.)

Huumausaineiksi luokitellaan jotkut lääkkeet, kannabis, sienet, LSD, heroini ja amfetamiini. Huumausaineet jaetaan alaryhmiin niiden vaikutuksen mukaan: kannabistuotteisiin, hallusinogeeneihin, keskushermostoa kiihottaviin aineisiin ja keskushermostoa lamaannuttaviin aineisiin. (Kylmänen 2005, 25.)

Päihdeongelmaan liittyvien uskomusten ja länsimaisen terveyskulttuurin seurauksena päihdeongelmainen pyritään saattamaan vastuuseen sairaudestaan ja sen hoitamisesta. Päihdeongelmaan liitettyihin riippuvuus- ja sairauskäsityksiin tartuttaessa päihdeongelmaisen toimintaa arvioidaan sen mukaan, osoittaako ihminen toiminnallaan sairauden tai riippuvuuden tunnusmerkkejä. (Mattiila-Aalto 2010, 122.)

Päihdeongelman luonteeseen kuuluu hoitomotivaation vaihtelu. Hoitoon hakeutuminen voi estyä, mikäli hoitoon hakeutuminen vaatii pitkiä odotusaikoja tai monimutkaisia lähetekäytäntöjä. (Kaipio & Ruisniemi 2009, 36.)

Riippuvuus on oireyhtymä, joka on ongelmallisen käytön tavoin määritelty Maailman terveysjärjestön ICD-10-luokituksessa. Tarkan määritelmän perusteella asetetaan riippuvuusdiagnoosi, jonka tarkoituksena on kartoittaa henkilön tilaa ja löytää hänelle sopivin hoitomuoto. (Seppä, Alho & Kiianmaa 2010, 40.)

Riippuvuus eli addiktio tarkoittaa voimakasta, toistuvan halun ohjaamaa käyttäytymistä. Riippuvuutta on monta eri tyyppiä. Karkeasti riippuvuus voidaan jakaa aineriippuvuuteen ja systeemiriippuvuuteen. Aineriippuvuus on jonkin kemiallisen aineen aiheuttama riippuvuus ja systeemiriippuvuus on jonkin toiminnan aiheuttama riippuvuus, kuten seksi-, läheis- tai netti-riippuvuus. (Heikkilä 2005, 17; Viljamaa 2011, 7.)

Aikaisemmin riippuvuudella tarkoitettiin pysyvää tai kausittaista myrkytystilaa, jonka jatkuva luonnollisen tai synteettisen päihteen käyttö oli aiheuttanut ja johon ihmisellä oli ylitse pääsemätön halu tai tarve. Sitten riippuvuuden käsite on hämärtynyt. Arkipuheissa riippuvuudella eli addiktiolla viitataan melkein mihin tahansa. Riippuvuuden erityisyys näkyy siinä, että tavoittelu on pakonomaista ja kyltymätöntä. (Koivunen 1997, 14.)

Huoponen (1997, 18) jakaa riippuvuuden kolmeen kategoriaan; 1. henkiseen, 2. fyysiseen ja 3. sosiaaliseen riippuvuuteen. Henkinen riippuvuus ilmenee käyttäjässä ahdistuksena, masentuneisuutena tai hermostuneisuutena. Henkisesti riippuvainen kokee päihteen olevan välttämätön hyvinvoinnilleen. Fyysisessä riippuvuudessa päihteen poistuminen tai puute saattaa aiheuttaa elintoimintojen häiriintymisen, mikä ilmenee vieroitusoireina. Elimistön tottuessa pähteeseen, sietokyky eli toleranssi kasvaa, jolloin annokset suurenevät ja käyttöiheys kasvaa. Sosiaalinen riippuvuus tuo mukanaan uudet kaverit. Kaveripiirin yhteisellä ”salaisuudella” saattaa olla isompi merkitys kuin itse päihteellä.

Riippuvuus nähdään monimutkaisena yksilön oirekuvana, johon vaikuttaa itse riippuvuutta tuottava aine tai toiminto, mutta myös yhteiskunnalliset asenteet eri riippuvuuden muotoja kohtaan. Aineen tai käyttäytymisen laillisuus tai laittomuus sekä asema yhteiskunnassa ja ihmisten mielipiteet vaikuttavat siihen, millaisena riippuvuus nähdään. (Holmberg, Hirschovits, Kylmänen & Agge 2008, 27.)

Heikkilä (2005, 18) arvelee riippuvuudessa sisäisen pakon hallitsevan elämää, jossa ihminen on täysin voimaton riippuvuutensa suhteen. Riippuvuus sotkee mielen herkät säätelymekanismit ja riippuvuuden aiheuttaja tavallaan pitää keinotekoisesti jonkinlaista tasapainoa yllä. Gieseckus (1999, 50) taas kuvaa riippuvuusikäytymisen taustalla olevan kipeiden asioiden välttelyn, joka käynnistää ja pitää yllä ”noidankehää”.

Korhonen (2009, 45) luonnehtii riippuvuutta tunnesairautena, jossa ihmisen tunteet ja tunnemaailma sairastuvat ja ihminen alkaa toimia sairauden pakottamana. Sairastumisvaiheessa päihdeikäyttäjän solut tottuvat saamaan päihdeannoksen säännöllisesti ja kasvavaa tarvetta vastaavasti. Mikäli päihdeannosta ei saada, solut vaativat sitä niin voimakkaasti, että ihminen ei enää kykene vastustamaan solujen vaatimuksia.

Eri alojen asiantuntijat antavat meille toisistaan poikkeavan kuvan riippuvuudesta. Lääkärillä, psykologilla, sosiologilla, poliisilla, omaisilla ja riippuvuudesta kärsivällä on mahdollisesti kullakin eri käsitys riippuvuudesta. Kaikkien heidän näkemyksissään on paljon totta, mutta yhdistelmä kaikkien näkemyksistä antaa paremman käsityksen totuudesta. (Heikkilä 2005, 18.)

Heikkilän (2005, 23) mielestä yhteiskunta haluaa itse määritellä, mikä on ei-toivottavaa riippuvuutta. Ei-toivottavasta riippuvuudesta kärsivä henkilö jää yhteiskunnan turvan ja suojan ulkopuolelle. Riippuvuudesta kärsivää henkilöä pidetään tilaansa yksin syyllisenä.

Päihderiippuvuus voi ilmetä hyvin monella eri tavalla. Kaksos- ja adoptiotutkimusten perusteella on voitu todeta, että päihderiippuvuuden kehittymiseen vaikuttavat sekä perimä että ympäristötekijät. Riippuvuuden kehittyminen on sidoksissa geeneihin. Perintötekijät edistävät jatkamaan päihteiden käyttöä ja kokeilemaan muitakin päihteitä. (Marttunen, Huurre, Strandholm & Viialainen 2013, 119; Vuori-Kemilä, Stengård, Saarelainen & Annala 2007, 76.)

Päihderiippuvuus on tila, jossa tottuessaan päihteisiin käyttäjä tarvitsee päihteitä yhä useammin ja lopulta lähes jatkuvasti. Hän ei pysty säännöstelemään päihteiden käyttöä, vaan hänen on saatava niitä pakonomaisesti vieroitusoireiden torjumiseksi. (Huoponen 1997, 31.)

Päihderiippuvuudesta puhuttaessa seuraukset ovat yleensä jo niin huomattavia, että hoidon mahdollisuutta on syytä pohtia. Päihderiippuvuuden tunnusmerkkejä on käytön kontrollin heikkeneminen, sietokyvyn kasvu, vieroitusoireet ja käytön jatkaminen ilmeisistä haitoista huolimatta. Riippuvuusongelman vaikeusasteeseen vaikuttaa se, millaisia menetyksiä päihteiden käyttäjä on kokenut päihteiden käyttönsä takia. (Koski-Jännes & Hänninen 2004, 10.)

Päihdeongelmaa on tutkittu yleisemmin ongelmakäyttäjien kuin toipuneiden päihdekäyttäjien näkökulmasta. Päihderiippuvuus nähdään seurauksena useista eri ongelmista. Sanotaan, että hyvä huolehtiva vanhemmuus suojaa päihdeongelmilta. Puutteelliset vanhemmuustaidot, kuten valvonnan puute, perheriidat ja vuorovaikutusongelmat samoin kuin vanhempien oma päihdekäyttö ja päihdeasenteet vaikuttavat päihteiden käyttöön. (Tammi ym. 2009, 32 - 50.)

Ilomäen (2012, 2931) väitöstutkimuksen mukaan nuorten psykiatrinen sairastavuus liittyy nuoruusiän päihdehäiriön kehittymiseen. Jo ennen yläkouluikää alkanut tupakointi ja koulunkäytön ongelmat sekä vanhemmuuden ongelmat kotona liittyvät huumeiden käyttöön ja päihderiippuvuuden kehittymiseen. Väitöstutkimuksen mukaan suurin riski päihteiden käyttöön jo ennen täysi-ikää on niillä nuorilla, joiden päihdekokeilut ja psykiatrinen liitännäissairaus alkavat jo varhain.

## 5.1 Päihdehoitotyö

Inkisen, Partasen & Sutisen (2000, 17) mukaan päihdehoitotyössä tarvitaan erityistietoa seuraavista alueista:

- erilaisista päihteistä ja niiden vaikutusmekanismeista ja terveysvaikutuksista
- päihteenkäytön tasoista

- päihdeongelman luonteesta
- päihderiippuvuudesta
- kieltämisestä ja kieltämisprosessista
- päihteiden käytön haittojen vähentämisestä
- muutosprosessista
- motivoivasta työotteesta.

Psykososiaaliset terapiat ovat päihderiippuvuuden hoidossa keskeisessä asemassa. Psykososiaalisessa kuntoutuksessa opetellaan taitoja, joita potilas tarvitsee muun muassa itsestä huolehtimisessa ja itsenäisessä asumisessa. Parhaimmat tulokset psykososiaalisesta hoidosta on, kun potilas itse on aktiivinen. (Juva ym. 2011, 126.)

Hoitoon sitoutuminen on yleensä kaksoisdiagnoosipotilaille vaikeaa, jolloin työntekijä voi kokea yhteistyösuhteen luomisen melko haastavaksi tehtäväksi. Päihdekäyttäjää ei välttämättä tunnista psyykkisiä oireitaan päihdekäytön seurauksista. Motivoiva haastattelu ja yhteisövahvistusmalli on todettu tehokkaaksi kaksoisdiagnoosipotilaan hoidossa. Motivoivassa haastattelussa kartoitetaan asiakkaan elämäntilanne ja erityisesti päihdekäyttö ja sitä ylläpitävät tekijät ja päihteistä irrottautuminen. Yhteisövahvistusmallissa haetaan raittiutta vahvistavien tekijöiden aktiivista etsimistä asiakkaan sosiaalisesta ympäristöstä. (Kampman & Lassila 2007, 4447 - 4451.)

Lainsäädösten yleis- ja erityissäädösten, kansainvälisten ihmisoikeussopimusten sekä muun ohjauksen perusteella tarjotaan ja järjestetään sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut. Perustuslaissa (731/1999) on kirjattuna kansalaisten oikeus yksityisyyteen, yhdenvertaisuuteen ja koskemattomuuteen sekä oikeus riittävien sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen saantiin. Kansalaisilla on oikeus tarvitsemaansa hyvään hoitoon potilaslain (785/1992) mukaan. (Mielenterveysetiikka. Sinulla ja minulla on moraalinen vastuu 2009, 9.)

## 5.2 Päihteidenkäytön tila Suomessa

Tutkimusten mukaan alkoholin ongelmakäyttö on kasvanut kokonaiskulutusta nopeammin. 1960-luvun alkuvuosiin verrattuna alkoholin kulutus suomalaista asukasta kohden on noussut nelinkertaiseksi. Väestön alkoholin kulutus on lisääntynyt 60-luvulta tähän päivään noin 30 % ja samalla ongelmakäyttö on kasvanut noin 50 %. (Seppä ym. 2010, 11.)

Suomessa on viime vuosikymmeninä tapahtunut suuria muutoksia päihdekulttuurissa. Osittain tiukasta ja moralisoivasta suhtautumisesta alkoholinkäyttöön on siirrytty sallivampaan suuntaan. Kontrollioivista ja rajaavista periaatteista alkoholin käyttöä kohtaan on osin luovuttu, ja tilalle on tullut vapaus sekä vastuu yksilön omasta alkoholin käytöstään. Päihteinä käytettävi-



en aineiden kirjo on monipuolistunut, kun alkoholin rinnalle ovat tulleet erilaiset huumeet sekä lääkkeiden käyttäminen päihtymistarkoituksessa. (Lahtinen-Antonakis 2007, 6.)

Päihteiden käyttöön liittyvistä ongelmista on tullut näkyvämpiä, koska tilanteista raportoidaan säännöllisesti. Päihtyneitä potilaita tavataan sairaaloiden päivystyksissä päivittäin. Tilanteet koetaan arvaamattomina useiden eri päihteiden yhteiskäyttöön ja mielenterveysongelmiin liittyen. Arvaamattomiin tilanteisiin on muun muassa Hyvinkään sairaalassa käytössä ympärivuorokautinen vartija, jonka läsnäolo on koettu olevan tarpeeseen. (Herne 2013, 5.)

Päihdeongelmaan puuttumisen pitäisi lähteä sieltä, missä potilas kulloinkin asioi. Suositusten mukaan tulisi terveydenhuollon palveluissa olla mukana potilaan ohjaus ja neuvonta. Valta-kunnallinen suositus tarkoittaa, että potilaalle kerrotaan, mistä apua saa. Usein yhteydenotto päihdepalveluihin on monelle liian korkea kynnys. Hyvinkään sairaalassa pyritään tehostamaan päihdeongelmaan puuttumista, jossa potilaan alkoholinkäyttöä testataan kolmella kysymyksellä ja potilaan suostumuksella lähetetään kaavake kunnan sosiaalityöntekijälle. (Herne 2013, 5.)

### 5.3 Päihteiden aiheuttamat haitat

Päihteiden käyttö aiheuttaa muun muassa terveydellisiä, psykologisia ja yhteiskunnallisia haittoja. Ne saattavat ilmetä somaattisina sairauksina, päihtymystilasta johtuvina ongelmina, tapaturmina ja päihderiippuvuuksina. Suurimmat haitat väestötasolla liittyvät päihtymyskäytännöihin, kuten tapaturmiin, väkivaltaan ja liikenneonnettomuuksiin sekä kroonisiin sairauksiin, kuten maksakirroosiin, haimatulehduksiin, aivovaurioihin ja sikiövaurioihin. (Päihteet ja addiktio 2007, 1.)

Päihteiden käyttö alentaa riskinottokynnystä ja joidenkin päihteiden käyttö saattaa lisätä aggressiivisuutta. Päihteiden vaikutuksen alaisena voi altistua väkivallalle herkemmin kuin selvin päin sekä tekijänä että uhrina. Yleisimpiä ongelmia ovat muun muassa suojaamaton seksi, harkitsematon seksuaalinen kanssakäyminen, tapaturmat, ajoneuvon ajaminen päihtyneenä tai päihtyneen kuljettajan kyydissä oleminen sekä omaisuusrikokset. (Marttunen ym. 2013, 111.)

Päihteiden aiheuttamat vaikutukset riippuvat käytetystä aineesta, määrästä, käyttötavasta ja -ajasta, ympäristöstä, käyttäjän persoonallisuustekijöistä ja yleistilasta, iästä sekä henkilön koosta. Päihteiden käyttöön vaikuttavat päihdeaineen vaikutukset sekä ominaisuudet ja saatavuus. Päihteiden käyttöön liittyy paljon eriaisteisia terveysriskejä sekä se lisää riskiä joutua väkivallan uhriksi tai syyllistyä väkivaltaan. (Kylmänen 2005, 25; Holmberg 2010, 11.)

Alkoholin käytöllä on yhteys mielenterveyteen. Ylivoimaisesti yleisin päihdyttävä aine on edelleen alkoholi, jonka lisääntyvästä käytöstä aiheutuu kasautuvia mielenterveydellisiä, somaattisia ja sosiaalisia haittoja. (Ehkäisevä mielenterveystyö kunnissa 2009, 9.) Varhain aloitettu alkoholin käyttö voi vaarantaa psyykkistä kehitystä lapsesta aikuiseksi. Alkoholin käyttö varhaisessa vaiheessa saattaa aiheuttaa pysyviä muutoksia keskushermostossa ja on myöhemmin riski erilaisille päihdeongelmille. (Niemelä 2012, 13.)

Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen päihdetilaston mukaan vuonna 2011 alkoholin käyttöön liittyviä kuolemia oli Suomessa 2584. Alkoholikuolemat olivat vuonna 2011 työikäisten yleisin kuolemansyy. Vuonna 2011 työikäisinä menehtyneistä miehistä joka kuudes ja naisista joka kymmenes kuoli alkoholin käyttöön liittyvään sairauteen tai alkoholimyrkytykseen. Alkoholi-kuolleisuus on asukaslukuun suhteutettuna suurinta Kainuussa, Kymenlaaksossa ja Etelä-Savossa. (Päihdetilastollinen vuosikirja 2012 2012, 31.)

Somaattinen terveys on mielenterveys- ja päihdeongelmista kärsivillä henkilöillä usein heikompi muuhun väestöön verrattuna. Elinajan odotteen arvioidaan olevan mielenterveyshäiriöistä kärsivillä 15 - 20 vuotta lyhyempi kuin valtaväestöllä. (Laitila 2013, 15.)

Rantakömin (2013, 48 - 49) väitöstutkimuksen mukaan liiallinen alkoholinkäyttö on yhdistetty hyvin moniin eri sairauksiin. Alkoholin kulutuksen ja iskeemisen aivohalvauksen välillä on tutkimuksen mukaan yhteys. Kohtuullisesti alkoholia käyttävillä on matalin aivohalvausriski, mutta runsaan alkoholin käytön havaittiin lisäävän riskiä aivohalvaukseen. Humalahakuisella juomisella ja krapulalla on lisääntyvä riski iskeemiseen aivohalvaukseen ja aivohalvauskuolleisuuden. Liiallisen alkoholin käytön lisäksi kohonneella verenpaineella ja ylipainolla voi olla haitallisia yhteisvaikutuksia aivohalvauksen riskiin. Suomessa aivohalvaukseen tiedetään sairastuvan 35 - 74-vuotiaista noin 16 800 henkilöä vuodessa.

Lapsena koetut haitat eivät ainoastaan liity vanhempien alkoholiongelmaan. Myös vanhempien satunnainen humalajuominen ja siihen liittyvä vanhemman käyttäytymisen muuttuminen voi lapsissa synnyttää pelkoa, häpeää ja turvattomuutta. Riskitekijät myöhempään päihderiippuvuuteen voivat liittyä persoonallisuuteen, perinnöllisiin taipumuksiin, lapsuuden perheeseen, sen toimintakykyyn tai muihin ympäristöseikkoihin. (Marttunen ym. 2013, 119; Piispa 2010, 21.)

Suomessa alkoholin kokonaiskulutus vuonna 2008 oli 10,4 litraa asukasta kohti. Määrä oli lähes kolminkertainen vuoteen 1968 verrattuna. Alkoholin kulutuskertojen lukumäärä on lisääntynyt melkoisesti viime vuosikymmeninä. Naisten alkoholinkäytön muutokset ovat olleet kulttuurisesti merkittävämpi muutos kuin miesten alkoholinkäytön muutokset. Naiset saavat keskimäärin vakavampia somaattisia haittavaikutuksia matalammalla kulutustasolla kuin miehet. Kui-

tenkin alkoholikuolleisuutta koskevat tilastot kertovat, että miehet ovat tilastollisesti alkoholikuolemilla edellä naisia. (Mäkelä, Mustonen & Tigerstedt 2010, 15 - 52.)

Huumetilanne Suomessa 2012 -raportin mukaan ruiskuhuumevälitteiset hiv-tartunnat ja A-, B- ja C-hepatiittitapaukset ovat selkeästi vähentyneet viimeisen vuosikymmenen aikana. A- ja B-hepatiittirokotuksilla on ollut iso merkitys huumeisiin liittyvien tartuntatautien vähenemisessä. Huumausainekuolemien määrä kasvoi muiden haittojen tapaan vuosituhannen vaihteessa. Huumeikuolemien lisääntymisen syynä lienee sekakäytön yleisyys, huumeiden käyttöön liittyvä riskialttius ja kokemattomuus, mielenterveysongelmat ja lääkkeiden päihdekäyttö. (Varjonen, Tanhua, Forsell & Perälä 2012, 83.)

Kannabiksen käytöllä on todettu olevan yhteys psykoosiin sairastumisessa. Kansainvälisen tutkimusryhmän kanssa tehdyn selvityksen mukaan kannabista kokeilleet nuoret ilmoittivat keskimääräistä useammin psykoosin ennakko-oireen ja heillä oli useammin vähintään kolme ennakko-oiretta. Skitsofrenian riskitekijäksi katsotaan kannabiksen käytön aloittaminen nuorella iällä. Runsaalla kannabiksen käytöllä epäillään olevan vahva yhteys psykoottisiin oireisiin ja skitsofreniaan. (Miettunen ym. 2008, 470 - 471).

Eri mielenterveyshäiriöiden suhde päihdeongelmaan on vaihtelevaa. Muun muassa käytöshäiriöiden ja ADHD:n tiedetään altistavan päihdeongelmalle ja masennustilat voivat joko edeltää, alkaa yhtä aikaa päihdeongelman kanssa tai seurata päihteiden käyttöä. (Marttunen ym. 2013, 111.)

Marttunen ym. (2013, 114) jakaa päihdehäiriöt päihteiden väärinkäyttöön ja päihderiippuvuuteen:

PÄIHTEIDEN VÄÄRINKÄYTTÖ (vähintään 1/ 4 täytyttävä)	PÄIHDERIIPPUVUUS (vähintään 3/ 6 täytyttävä)
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Toistuva kyvyttömyys suoriutua velvoitteista.</li> <li>- Toistuvaa päihteiden käyttöä fyysisesti vaarallisissa tilanteissa.</li> <li>- Toistuvaa lain rikkomista.</li> <li>- Päihteen käyttö jatkuu, vaikka käyttäjä olisi aiheuttanut pysyvän tai toistuvan sosiaalisen tai ihmissuhdeongelman.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pakonomainen halu käyttää päihdetä.</li> <li>- Päihteen käytön kontrolli on heikentynyt.</li> <li>- Päihteistä aiheutuu vieroitusoireita.</li> <li>- Päihdettä tarvitaan entistä suurempia määriä.</li> <li>- Päihteen käytöstä on tullut elämän keskeinen sisältö.</li> <li>- Päihteen käyttö jatkuu haitoista huolimatta.</li> </ul>

Taulukko 1. Päihdehäiriön jaottelu

## 6 Kaksoisdiagnoosi

Kaksoisdiagnoosi korostaa lääketieteellisenä käsitteenä diagnostisuutta. Käsite viittaa kahteen diagnoosiin, vaikka potilasryhmän ongelmat ovat luonteeltaan monimuotoisia ja päällekkäisiä. Yhteisesiintyvyydelle altistavat perintötekijätäkään eivät näyttäisi tutkimusten mukaan olevan samoja. (Holmberg ym. 2008, 12.)

Päihteiden käyttö on yhteydessä moniin mielenterveyden ongelmiin. Mielenterveysongelman on havaittu johtavan päihteiden käyttöön. Toisaalta päihteiden käyttö voi edesauttaa mielenterveyshäiriön puhkeamista. Sekä mielenterveys- että päihdeongelman samanaikainen häiriö lisää hoitoon hakeutumisen todennäköisyyttä, mutta vaikeuttaa usein hoitoa. (Fröjd, Kaltiala-Heino, Ranta, von der Pahlen & Marttunen 2009, 5.)

Kaksoisdiagnoosilla tarkoitetaan, että henkilöllä on sekä päihderiippuvuus että mielenterveyshäiriö. Yhä useammin käytännössä tavataan kolmoisdiagnoosi- tai monidiagnoosipotilaita, joilla on psykiatrisen häiriön lisäksi vakava somaattinen sairaus. Eri hoitoyksiköt määrittelevät monidiagnoosipotilaat omasta näkökulmastaan, mikä tuokin vaihtelua sairauksien määrittelyyn, hoitokäytäntöihin ja -paikkoihin. (Lappalainen-Lehto, Romu & Taskinen 2008, 124.)

Mielenterveys- ja päihdeongelmien yhteisesiintyvyys selittyy perimän, psykososiaalisten häiriöiden, ympäristön ja kulttuurillisten tekijöiden seurauksena. Psykiatristen ongelmien ennus-

tetta huonontaa varhainen päihteiden käytön aloitusikä ja pitkäaikainen jatkuva päihteiden käyttö. (Holmberg 2010, 65.)

Kaksoisdiagnoosipotilaan hoidossa ongelmana on yleensä se, ettei tietoa mielenterveysongelmista välttämättä hyödynnetä päihdehoidossa ja peruspalveluissa eikä toisaalta päihdetietoutta käytetä mielenterveyspalveluissa. Eri ammattiryhmät ymmärtävät kaksoisdiagnoosiikan eri tavoin. (Nätkin 2006, 215.)

Kielteiset terveysvaatimukset ovat hyvin merkittäviä kaksoisdiagnoosiongelmaisilla. Aktiivinen päihdekäyttö heikentää sitoutumista hoitoon, vähentää lääkehoidon vaikuttavuutta ja saattaa pitkittää työkyvyttömyyttä. Hoitoon sitoutuminen on kaksoisdiagnoosipotilaille usein vaikeaa, joten tämä lisää haasteita hoitotaholle. Päihteitä käyttävä ei usein tunnista psyykkisiä oireitaan päihdekäytön seuraamuksiksi. (Kampman & Lassila 2007, 4447.)

Ilomäki (2012, 110 - 114) toteaa tutkimuksessaan päihdehäiriön komorbiditeetista, että alkoholi- ja huumeriippuvaisilla nuorilla yleisimpiä komorbideja häiriöitä olivat käytös-, masennus- ja pelkohäiriöt. Ne nuoret, joiden päihdekokeilut alkavat varhaisella iällä, ovat suurimassa riskissä riippuvuuteen ja ajautua suonensisäisten huumeiden käyttöön. Nuorten psykiatrinen sairastavuus liittyy nuoruusiän päihdehäiriön kehittymiseen. Ilomäki viittaa siihen, että psykiatriset oireet ovat ajaneet nuoret osittain päihteiden käyttöön lievittääkseen oireita.

## 6.1 Mielenterveys- ja päihdeongelmien yhteisesiintyvyyden tunnistaminen

Jotta mielenterveys- ja päihdeongelmiin liittyvä samanaikaissairastavuus saataisiin hoidon piiriin, vaatisi se hoidon laajentamista kaikilla hoitojärjestelmän tasoilla. Hoito tulisi järjestää häiriöiden vakavuustason mukaisesti peruspalveluja ja erikoissairaanhoidon palveluja käyttämällä. (Vorma & Aalto 2013, 2049 - 2050.)

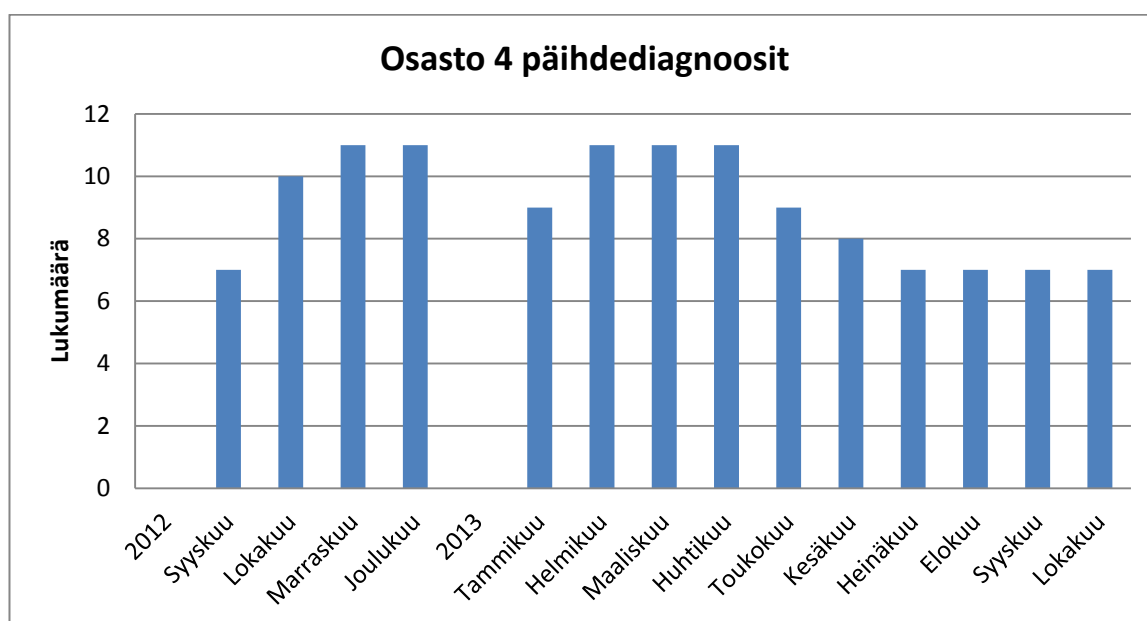
Päihde- ja mielenterveysongelmien syyt ovat usein monimutkaisia. Mielenterveys- ja päihdeongelmat voivat aiheuttaa kriisin, joka saattaa näyttäytyä ikävinä pidettyinä tunteita, kuten pettymyksenä, vihana, katkeruutena tai syyllisyytenä. Sairastumista on usein vaikea myöntää ja ymmärtää. Sairastuminen saattaa olla itselle vaikea tunnustaa. (Valkonen 2011, 46.)

Mielenterveys- ja päihdehäiriöiden yhteisesiintyvyyttä ilmenee huomattavasti enemmän miehillä kuin naisilla. Mielenterveys- ja päihdepotilaan ensimmäinen psykiatrinen hoitojakso on yleensä mahdollisesti ollut melko varhaisessa iässä. Tuolloin hoitomyöntyvyys on usein ollut huono eikä potilas ole sitoutunut jatkohoitoon. Myöhemmällä iällä oireet ovat vaikeutuneet lyhyiden korjaantumisjaksojen jälkeen varsin nopeasti. Monipäihdekäyttö on näillä potilailla tavanomaista. (Holmberg ym. 2008, 16.)

Mielenterveyden ja päihdeongelmien esiintyvyys ja oireilu saattaa jatkua hyvinkin pitkään ennen kuin hoitoon hakeudutaan. Mikäli hoito aloitetaan ajoissa, voidaan estää ongelmien pahentuminen ja näin ollen parantaa hoitotuloksia. Nykyistä varhaisempi hoito edellyttäisi henkilöstöltä parempaa mielenterveys- ja päihdeongelmien tunnistamista ja niihin puuttumista. (Eskola & Karila 2007, 168.)

Asiakkaan hakeutuessa mielenterveyspalveluiden piiriin, hän on yleensä ennen sitä kokeillut kaikkia omia keinojaan ja todennut ne riittämättömiksi. Asiakkaan yhteydenotto mielenterveyspalveluihin on jo ison esteen ylitys. Monissa kulttuureissa mielenterveyden häiriöt leimaavat ja ne koetaan häpeällisiksi. (Haavikko & Bremer 2009, 37.)

Avokuntoutusosastolla 4 on pidetty tilastoa potilaiden diagnosoiduista päihdehäiriöistä. Päihdehäiriöiden tilastointi on ollut osittain minun tehtävänä. Potilaalla on usein avokuntoutusosastolle tullessaan jo diagnoosi asetettuna. Kaksoisdiagnoosipotilaiden suurempi määrä ajoittuu enemmän loppuvuoden ja alkuvuoden kuukausiin. Päihdediagnooseja vuonna 2012 marras- ja joulukuussa on lukumäärällisesti ollut yksitoista. Myös 2013 alkuvuoden kuukausina helmi-, maaliskuu- ja huhtikuussa on päihdediagnoosipotilaita ollut yksitoista.



Kuvio 3. Osaston päihdediagnoosit syyskuu 2012-lokakuu 2013 väliseltä ajalta.

## 6.2 Päihde- ja mielenterveysongelmien esiintyvyys ja hoidot

Päihdetapauslaskennoissa alkoholilla on valta-asema suhteessa muihin päihteisiin. Päihdetapauslaskennan tapauksista alkoholia oli käyttänyt yhdeksän kymmenestä ja alkoholin asema valtapäihteenä on jopa nousussa. (Karlsson 2009, 32.)

Kaksoisdiagnoosin esiintyvyyttä voi tarkastella monesta näkökulmasta. Mielenterveyden häiriö voi olla ensisijainen ongelma ja päihdehäiriö komplisoida sitä. Toisaalta myös päihdehäiriö voi olla ensisijainen ongelma ja siihen voi liittyä voimakastakin psyykkistä oireilua. Sekä päihde- että mielenterveyden häiriöt voivat olla ensisijaisia ongelmia samanaikaisesti esiintyessään. Molemmat voivat olla myös jonkin muun ongelman aiheuttamia seurannaisilmiöitä. (Lönngqvist, Heikkinen, Henriksson, Marttunen & Partonen 2009, 437.)

Riippuvuuden hoitomenetelmiä on lukuisia. Ennaltaehkäisyn menetelminä on valistus ja tiedon antaminen sekä mini-interventiot. Terveystieteiden puolella mini-interventiot ovat osoittautuneet toimiviksi ehkäisykeinoiksi. Mini-interventiolla tarkoitetaan päihteiden käytön puheeksiottoa ja lyhyttä, oireisiin suhteutettua neuvontaa. Varsinaisia riippuvuuden eli addiktion hoitomenetelmiä ovat erilaiset 12 askeleen ohjelmat, kognitiiviset käyttäytymisterapiat, yhteisövahvistusohjelmat sekä perhevahvistusohjelmat. (Holmberg 2008, 293.)

Hellsten (1996, 69) toteaa, että jos potilas ei kanna omaa osuuttaan, todellista toipumista ei voi tapahtua. Ei riitä, että asioita pohditaan ja niitä analysoidaan. On uskallettava tehdä muutoksia ja toimittava uudella tavalla. Potilaan on uskallettava ottaa muuttumisen riskejä ja toimittava toisin.

Vastuun ottaminen omasta elämästä merkitsee aikuiseksi tulemistä. Aikuiseksi tuleminen syntyy silloin, kun suostumme kohtaamaan syyllisyytemme ja tuskamme. Auttamistyötä tehdesämme meillä tulisi olla niin paljon rakkautta, ettemme auttamisvimmassamme vapautta toista kohtaamasta omaa syyllisyyttään ja häpeäänsä. Joskus voi olla niin, että emme uskalla konfrontoida toista ihmistä ja näyttää hänelle hänen omaa vastuullisuuttaan ja syyllisyyttään. Pyrimme vain helpottamaan hänen oloaan, haluamme, että hän tuntee kanssamme vain positiivisia tunteita. (Hellsten 1996, 71.)

Päihdeongelmien mahdollisimman varhainen tunnistaminen on tärkeää, koska ongelmiin voidaan silloin paremmin vaikuttaa. Puheeksi otto, voimavarojen selvittäminen ja päihteiden käytön seuranta ovat keinoja puuttua päihdeongelmaan. Motivoivan haastattelun käyttö päihdeongelman hoidossa voimistaa yksilön sisäistä motivaatiota muutokseen. (Marttunen ym. 2013, 121.)

Motivoivan haastattelun käyttö kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidossa on koettu tehokkaana. Kaksoisdiagnoosipotilaan hoidossa vaikeuksia tuottaa potilaan lääkkeiden käytön laiminlyönti ja hoitoon sitoutumattomuus sekä se, että hän käyttää päihteitä oireidensa itselääkintään. Motivoivan haastattelun avulla on mahdollista käsitellä potilaan ristiriitaisia tunteita ja ajatuksia, jotka estävät häntä sitoutumasta hoitoon ja muutoksiin. Motivoivan haastattelun ta-

voitteena on lisätä potilaan valmiuksia muutokseen ja puhumaan hänet muutoksen puolesta. (Lahti, Rakkolainen & Koski-Jännes 2013, 2064.)

Vertaistoiminnan on koettu monella tapaa auttavan kuntoutumisprosessissa. Vertaisten kanssa tapahtuva toiminta vahvistavaa kokemusta ja ymmärrystä, ettei kukaan ole yksin mielenterveyden eikä päihteiden käytön aiheuttamien vaikeuksien kanssa. Vertaiskeskustelut antavat toivoa selviytymisestä, luovat toipumisen ilmapiirin, auttavat ymmärtämään sairauden kanssa toimeen tulemistä ja mikä toista kuntoutujaa on auttanut selviytymään. (Salo 2010, 60.)

Jankkon (2009, 9) kirjoittamana mielenterveyden häiriöitä omakohtaisesti kokeneen henkilön kerronta vaikuttaa kuulijaan eri tavalla kuin asiatieto. Kokemusasiantuntijan kerronta lisää myönteistä asennoitumista mielenterveyden häiriöihin, normalisoi asenteita, vähentää pelkoja ja ennakkoluuloja sekä antaa toivoa. Kokemusasiantuntijoiden esillä olo ja kerronta rohkaisevat puuttumaan varhaisiin mielenterveyden ongelmiin ja oireisiin.

## 7 Opinnäytetyön toteutus

### 7.1 Opinnäytetyön tavoite ja tarkoitus

Kaksoisdiagnoosipotilaiden osuutta psykiatrisessa sairaalahoidossa on tutkittu vielä melko vähän, vaikkakin päihteiden käyttöön liittyvää ja mielenterveysongelmien syntyyn liittyvää tietoutta on melko runsaasti.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää kaksoisdiagnoosipotilaan hoitoa Kellokosken sairaalan avokuntoutusosastolla 4. Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli selvittää, miten kaksoisdiagnoosipotilaan päihdekuntoutumista huomioidaan psykiatrisessa sairaanhoidossa. Opinnäytetyön aihe nostaa keskeisimmäksi kysymysongelmaksi sen, miten kaksoisdiagnoosipotilaan päihdeongelman hoito huomioidaan psykiatrisessa sairaanhoidossa. Tämän alaongelmana on se, miten kaksoisdiagnoosipotilaan hoitoa voidaan kehittää psykiatrisessa sairaanhoidossa ja minkälaista hoitoa kaksoisdiagnoosipotilas itse toivoisi saada.

Tutkimusongelma:

Miten kaksoisdiagnoosipotilaan päihdeongelman hoito huomioidaan psykiatrisessa sairaanhoidossa?

- Miten kaksoisdiagnoosipotilaan hoitoa voidaan kehittää?
- Minkälaista hoitoa kaksoisdiagnoosipotilas itse toivoisi saada?



## 7.2 Opinnäytetyön menetelmävalinnat

Toteutin opinnäytetyön kolmivaiheisesti ja tutkimusaineisto koostuu 1) hoitotyöntekijöiden kehittämiskokouksien aineistosta, 2) kaksoisdiagnoosipotilaiden haastatteluista ja 3) kuvausmallien muodostamisesta potilaan päihdehoidon huomioinnista. Aineiston analysointi tapahtui fenomenografista lähestymistapaa soveltaen. Analyysin tuloksena muodostin alakategoriat ja kuvauskategoriat, jotka kuvastivat opinnäytetyön tutkimusosioon osallistuneiden näkemyksiä ja ajatuksia kaksoisdiagnoosipotilaan hoidon näkökulmia psykiatrisessa sairaanhoidossa.

Opinnäytetyössä käytin tutkimusmenetelmänä kehittävän työntutkimuksen teoreettista lähtökohtaa, koska tavoitteenani oli kehittää avokuntoutusosasto 4 kaksoisdiagnoosipotilaan hoitoa. Kehittävä työntutkimus ei anna valmiita ratkaisuja toiminnan kehittämiseksi, mutta se tarjoaa sopivia työkaluja muutosprosessin aloittamiselle ja työn kehittämiseksi.

Opinnäytetyössä on käytetty laadullista eli kvalitatiivista tutkimusmenetelmää. Laadullisen tutkimuksen käyttö on suositeltavaa silloin, kun halutaan tutkia todellista elämää. Tavoitteena on ymmärtää tutkittavaa kohdetta. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa pyrkimyksenä on nähdä tosiasioita. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 161.) Laadullista tutkimusta voidaan kutsua ymmärtäväksi tutkimukseksi, jossa ilmiötä voidaan selittää tai ymmärtää (Tuomi & Sarajärvi 2009, 28).

Laadullisella tutkimusmenetelmällä voidaan ihmisten kuvaamien kokemusten ja käsitysten avulla luoda ideoita ja vihteitä, joiden avulla voidaan tehdä tulkintoja. Tutkimusmenetelmän luonne osoittaa tutkimuksen näkökulmat, joita ovat konteksti, ilmiön intentio ja prosessi. Kontekstissa tutkija kuvaa, millaisiin yhteyksiin asia liittyy ja intentiossa tutkija tarkkailee, millaisia motiiveja tekemiseen liittyy sekä prosessilla tarkoitetaan tutkimusaikataulun ja aineiston suhdetta. (Vilka 2005, 98 - 99.)

Opinnäytetyön tutkimusote on fenomenografinen lähestymistapa. Fenomenografia tulee kreikkalaisista sanoista fenomenon, "tulla päivänvaloon" ja grafi, "kuvailla jotakin" (Järvinen & Järvinen 2004, 83). Fenomenografisen tutkimuksen kohteena ovat ihmisten arkipäivän ilmiöitä koskevat käsitykset ja niiden erilaiset ymmärtämisen tavat. Fenomenografia ymmärtää laadulliseksi tutkimusta ohjaavaksi suuntaukseksi. Fenomenografinen tutkimus korostaa ajattelun sisällöllistä näkökulmaa ja tiettyjen sisältöjen laadullisia eroja. Se tarjoaa mahdollisuuden kuvailla, analysoida ja ymmärtää yksilöiden käsityksiä. (Puusa & Juuti 2011, 267 -268.)

Fenomenografia määritellään tutkimuskohteen kokemuksen ja tietoisuuden kautta. Tässä opinnäytetyössä fenomenografinen lähestymistapa oli perusteltua sen käsiteltävän aiheen ta-

kia. Tässä opinnäytetyössä olen ollut myös oppija ja olen pyrkinyt etsimään opinnäytetyön ilmiön merkitystä.

### 7.3 Aineistonkeruumenetelmä

Opinnäytetyön aineistonkeruumenetelmänä tässä opinnäytetyössä olen käyttänyt avokuntoutusosasto 4 työryhmän kehittämiskokouksien raportointia sekä potilaiden teemahaastattelua. Työskentelin kohderyhmän kanssa samaan aikaan opinnäytetyön materiaalin keräämisen aikana. Opinnäytetyön aineiston keruussa teemahaastattelua käytän siksi, että haastattelu kohdentuu tiettyihin teemoihin, joista keskustellaan. Teemahaastattelulla huomioidaan ihmisten tulkinnat asioista ja heidän asioille antamansa merkitykset. Teemahaastattelu on menetelmä, jossa haastattelun aihepiirit ja teema-alueet ovat kaikille samat. (Hirsjärvi & Hurme 2010, 47 - 48.)

Kehittämiskokouksilla ja haastatteluilla kartoitetaan näkemyksiä muun muassa päihdehoidosta, päihdehoitotyön ajatuksesta, tarpeellisuudesta sekä päihdehoitoa ja kaksoisdiagnoosiin koskevia mielipiteitä. Kehittämiskokouksista ja haastatteluista saadun informaation ja ideoiden kautta tarkoitus on kartoittaa kaksoisdiagnoosipotilaan hoitoa psykiatrisessa sairaanhoidossa. Mielestäni kehittävän työntutkimuksen ihanteellinen asia on, että se antaa mahdollisuuden jatkaa aiheen käsittelyä jatkuvasti.

### 7.4 Aineiston analyysi

Käytän analyysimenetelmänä laadullista sisällön analyysiä. Sisällön analyysi on paljon käytetty analyysimenetelmä etenkin hoitotieteellisissä tutkimuksissa. Sisällön analyysin on menettelytapa, jolla voidaan muun muassa analysoida dokumentteja järjestelmällisesti ja täsmällisesti. Se on tapa järjestää ja kuvailla tutkittavaa ilmiötä. Sisällön analyysissa pyritään rakentamaan malleja, jossa tutkittava ilmiö voidaan käsitteellistää ja esittää tiivistetyssä muodossa. (Kynäs & Vanhanen 1999, 3 - 4.)

Aineistolähtöisessä sisällön analyysissä tarkoituksena on yhdistää käsitteitä ja saada näistä vastaus tutkimustehtävään. Sisällön analyysi perustuu osittain tulkintaan ja päättelyyn. Tarkoituksena on verrata olemassa jo olevaa teoriaa uutta teoriaa muodostettaessa. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 112.)

Olen tutustunut opinnäytetyön aineistoon kuuntelemalla nauhoitukset kahteen tai kolmeen kertaan, jotta ne vastaavat litteroitua tekstiä. Olen koonnut tutkimusongelman kannalta merkitykselliset ilmaisut ja ryhmitellyt ne käsitysryhmiin ja kuvauskategorioihin. Etsin ja alleviivasin alleviivaustussilla tekstistä tutkimusongelman kannalta merkitykselliset ilmaisut.

Osittain sisällöt olivat minulle tuttuja, koska olen ollut itse kehittämiskokouksissa, haastatteluilanteessa ja purkamisvaiheessa mukana. Aineisto voi herättää monenlaisia ajatuksia ja tuntemuksia, joka olikin yksi vaikeimmista asioista opinnäytetyötä tehdessä. Aineisto saattaa ajatuksissa pursuta monenkertaiseksi, ellei osaa aineistoa ”pitää koossa”. Aineisto kannattaa lukea useaan kertaan, jotta aineistosta alkaa syntyä ajatuksia tai mielenkiintoisia kysymyksiä. (Hirsjärvi & Hurme 2010, 143.)

Analysoitavaa tekstiaineistoa kertyi yhteensä 31 sivua kehittämiskokoukset ja potilashaastattelut yhdistettynä. Tässä opinnäytetyössä analyysiprosessi eteni induktiivisen sisällön analyysin mukaisesti, jossa analyysia ohjaa aineisto. Aineistosta lähtevä analysointi kuvataan aineiston pelkistämisenä ja ryhmittelynä. Pelkistämällä tarkoitetaan aineistosta koodattuja ilmaisuja, jotka liittyvät tutkimustehtävään. Samaa tarkoittavat ilmaisut yhdistetään ja ryhmitellään samaan kategoriaan ja kategorialle annetaan kuvaava nimi. Saman sisältöiset kategoriat yhdistetään ja ne muodostavat yläkategorioita. Yläkategorioille annetaan nimi kuvastaen sen sisältöä. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 5 - 6.)

## 7.5 Opinnäytetyön empiirinen toteutus

Opinnäytetyön ideointi lähti mielessäni itämään jo syksyllä 2010, kun tieto opiskelupaikasta varmistui. Minulle oli alusta alkaen selvää, että opinnäytetyöni aihevalinta liittyy mielenterveys- ja päihdetyöhön. Halusin opinnäytetyön olevan työelämälähtöinen ja omaan työhöni liittyvä. Teoreettisen viitekehyksen keräämistä olen toteuttanut tammikuulta 2013 aina syyskuulle 2013 asti. Tutkimussuunnitelman esitin 18.5.2013 ja tutkimuslupaa hain HUS:Ita elokuussa 2013 ja tutkimuslupa myönnettiin syyskuun alussa 2013. Työryhmän kehittämiskokoukset toteutin 3.-24.10.2013 välisenä aikana ja potilaiden teemahaastattelut olen toteuttanut lokakuun alun ja marraskuun alun välillä. Heti työryhmän kehittämiskokousten ja teemahaastattelujen jälkeen pyrin aineiston analysointiin. Pohdinnan, oikoluvun sekä lähdeluettelon tarkistus tapahtui marraskuussa 2013.



Kuvio 4. Opinnäytetyön aikataulu

## 7.6 Tutkimusaineisto

Tutkimukseen osallistujat tässä opinnäytetyössä ovat Kellokosken sairaalan avokuntoutusosasto 4 työryhmä sekä potilaat, joilla on diagnosoitu psyykkisen sairauden lisäksi myös päihderiippuvuus. Tässä opinnäytetyössä työryhmänä tarkoitan avokuntoutusosastolla 4 työskentelevää seitsemää hoitotyöntekijää, neljää sairaanhoitajaa ja kolmea lähihoitajaa sekä erityistyöntekijöitä ja osaston johtamisesta vastaavia henkilöitä. Potilailla tässä opinnäytetyössä tarkoitan niitä avokuntoutusosasto 4 kaksoisdiagnoosipotilaita, joilla on mielenterveyden häiriön lisäksi myös päihdeongelma. Tähän opinnäytetyön tutkimukseen osallistujat ovat kaikki aikuisia henkilöitä. Opinnäytetyön aineisto koostuu sekä avokuntoutusosasto 4 työryhmän kehittämiskokouksien aineistosta että potilaiden haastatteluista.

Olen tutustunut opinnäytetyön aihetta käsittelevään kirjallisuuteen. Aiheeseen liittyvän kirjallisuuden tuntemus on antanut minulle varmuuden tämän opinnäytetyön mielekkyydestä ja sen mukanaan tuoman haasteellisuuden kehittää mielenterveys- ja päihdetyötä. Kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä on tässä tutkimuksessa perusteltua sillä, että ilmiön määrällinen mittaaminen tai tiedon havainnoiminen ei riitä vaan ilmiön ymmärtämiseksi kaivataan henkilöstön omia kokemuskuvauksia.

## 7.7 Potilaiden teemahaastattelut

Potilashaastatteluihin osallistuneita tavoitin ottamalla heihin suoraan yhteyttä. Teemahaastattelut sovin henkilökohtaisesti suoraan potilaalta itseltä kysyen. Arvioin itse potilaiden kykyä osallistua teemahaastatteluun. Halusin kysyä potilaalta itseltään henkilökohtaisesti suostumusta osallistua opinnäytetyön teemahaastatteluun. Koin, että henkilökohtainen kontakti helpotti myös myöhemmän haastattelun aloittamista. Potilas sai samalla halutessaan heti mukaansa saatekirjeen, jossa oli informaatiota opinnäytetyön ideasta. Haastatteluun suostumisen jälkeen sovimme yhdessä ajan ja paikan haastattelutilannetta varten. Haastateltavat olivat miltei heti kiinnostuneita osallistumaan haastatteluun. Haastattelun sopiminen tuntui minusta aluksi jännittävältä, mutta jo toisella kerralla tilanne oli mielestäni helpompi. Kriteerit opinnäytetyön potilaiden teemahaastatteluun osallistumiselle oli, että potilaalla mielenterveyshäiriön lisäksi on päihdehäiriö. Potilaat teemahaastatteluun valikoituivat potilasasiapapereitä apuna käyttäen. Haastatteluun valikoitiin ne potilaat, joilla on tai on ollut ongelmia päihteiden käytön suhteen tai ne, joilla on mielenterveyshäiriön lisäksi myös päihdehäiriö. Opinnäytetyöhön valittiin juuri nämä henkilöt, koska nämä edustivat opinnäytetyöhön valittua ryhmää.

Tutkimuksen aineiston keräämisen metodina käytän puolistrukturoitua haastattelua eli teemahaastattelua. Tässä opinnäytetyössä potilaiden haastattelun eli kaksoisdiagnoosipotilaiden haastattelun toteutin yksilöhaastatteluna. Teemahaastattelussa aihepiirit eli teema-alueet olivat tiedossa, mutta kysymysten tarkka muoto ja järjestys saattoi vaihdella (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 208).

Teemahaastattelun aihepiirit koostuivat;

1. Hoitoon tulotilanteesta
2. Mielenterveys- ja päihdeongelman luonteesta, vakavuudesta, yhteissairastamisesta
3. Mielenterveys- ja päihdeongelman hoidosta
4. Nykyisen osaston hoitomalli
5. Kuntoutumisprosessista
6. Kehittämisideoista

Tavattessani haastateltavat potilaat varmistin vielä heidän halukkuutensa osallistua opinnäytetyön tutkimukselliseen potilashaastatteluun. Halusin selvittää vielä erikseen, että haastatteluun osallistuminen tai osallistumatta jättäminen ei vaikuta heidän hoitoonsa millään tavalla, ja että haastateltavilla on mahdollisuus kieltäytyä tai keskeyttää haastattelu tai myöhemmin kieltää haastattelumateriaalin käyttäminen opinnäytetyössä.

Yksi potilas kieltäytyi osallistumasta haastatteluun. Potilas ei halunnut jäädä asiaa sen enempää pohtimaan eikä halunnut nähdä kirjallista saatetta opinnäytetyön tutkimushaastattelusta. Ne potilaat, jotka halusivat osallistua opinnäytetyön haastatteluun, antoivat kirjallisen suostumuksen osallistumisestaan (liite 1). Samalla annoin haastatteluun osallistuville potilaille saatekirjeen ja tiedon siitä, kuinka minuun saa yhteyttä mahdollisia lisäkysymyksiä varten (liite 2).

Haastattelutilanteet pyrin luomaan rauhallisiksi ja nopeasti sujuviksi, ilman mitään katkoja. Hirsjärvi & Hurme (2010, 92) kirjassaan ehdottaa luomaan haastattelutilanteesta mahdollisimman luontevan ja vapautuneen keskustelun, jossa haastattelijan olisi pystyttävä toimimaan ilman kynää ja paperia.

Haastattelutilanteet olivat rauhallisia ja kiireettömiä ja niiden ilmapiiri oli mielestäni hyvä. Tähän varmastikin vaikuttaa oma sairaanhoitajan ammattini ja työkokemukseni. Potilaat olivat minulle tuttuja, joka osittain vaikutti haastattelutilanteen myönteiseen ilmapiiriin. Potilaat saivat itse valita, kuinka paljon halusivat haastattelutilanteessa kertoa itsestään, sairaudestaan tai sairaalahoidostaan.

Toteutin viisi potilashaastattelua lokakuun 2013 ja marraskuun alun 2013 välillä, ja niiden kesto vaihteli puolesta tunnista vajaaseen tuntiin. Toteutin kaikki haastattelut itse. Kaikki haastattelut nauhoitin. Yhden haastattelun nauhoituksen huomasin vasta myöhemmin tuhoutuneeksi eli nauhuri ei ollutkaan toiminut. Tuhoutuneen nauhoituksen haastateltava potilas suostui uusintahaastatteluun toisena päivänä. Litteroin haastattelut itse sanasta sanaan, mutta en huomioinut puhtaaksi kirjoittamisessa taukoja, huokauksia tai päälle puhumista. Haastatteluaineistoa kertyi yhteensä 18 litteroitua sivua, jossa fontti oli Calibri 11 ja riviväli 1,5.

Teemahaastattelut pyrin purkamaan ja tarkastelemaan mahdollisimman pian keruuvaiheen jälkeen. Koin, että se oli itselle helpompi tehdä pian, koska aineisto oli vielä tuore. Analysointi tapahtuu haastattelutilanteessa haastattelijan mielessä. Mielessä saattoi olla tietty runko ja hahmotelma aineiston analysoinnista. Olen itse haastattelijana tulkinnut litteroitua aineistoa yksin. Olen järjestänyt aineistoa litteroimalla ja analysoimalla aineistoa tietokoneella saadakseni aineistoon selvennystä.

Nauhoitin haastattelut myöhempää purkua varten voidakseni haastattelutilanteessa keskittyä haastattelun kulkuun. Aineiston analyysissa hyödynnän haastattelussa käytettyä teemoittelua ja sisällönanalyysia. Kaksoisdiagnoosipotilaiden nauhoitetut teemahaastattelut kirjoitin puhtaaksi sanatarkasti ne ensin kuunneltuani. Litteroinnissa ei ollut tarpeen huomioida eleitä tai äänenpainoa.

Analysointivaiheessa olen pyrkinyt merkitysten tiivistämiseen, jossa olen saanut haastateltavien esiin tuomat merkitykset lyhyempään sanalliseen muotoon. Merkitysten luokittelussa olen luokitellut haastateltavien merkitykset pienempiin alaluokkiin, jolla voin tarkemmin tuoda esiin merkitystekijät.

Aineiston olen purkanut tekstiksi kirjoittamalla sanasta sanaan eli litteroimalla. Litterointi oli työläs ja hidas vaihe. Kaikki litteroinnit olen kirjoittanut suoraan tietokoneelle. Pyrin tulkitsemaan aikaisempia tutkimuksia ja tietoa kaksoisdiagnoosipotilaan hoidosta ja kuntoutumisesta omien kokemusteni, koulutukseni ja työkokemusteni antia hyödyntäen.

Analyysin aloitin tarkastelemalla haastatteluotteita, jotka mahdollisimman hyvin liittyvät tähän perspektiiviin. Olen tarkastellut niitä vuorotellen suhteessa kaikkiin haastatteluihin, joissa käsitellään samaa teemaa ja suhteessa kehittämiskokouksiin.

## 7.8 Työntekijöiden kehittämiskokoukset

Kaksoisdiagnoosipotilaan hoitoa kehitetään ongelman asettelu ohjaamana. Engeströmin kehittävän työntutkimuksen vaiheittaisen etenemisen kaavio (kuvio 1.) on ollut esimerkkinä tä-

män opinnäytetyön kehittävän työntutkimuksen kaavion muodostamisessa. Opinnäytetyö on edennyt (kuvio 5.) mukaisesti. Vaiheittainen eteneminen alkaa ongelman määrittelystä, johon varataan riittävästi aikaa. Ongelman määrittelyn jälkeen seuraavat ongelman poistamisen parannusehdotukset eli interventio. Kehittämistyön aikana tehdään koko ajan arviointia siitä, miten muutosprosessi etenee.

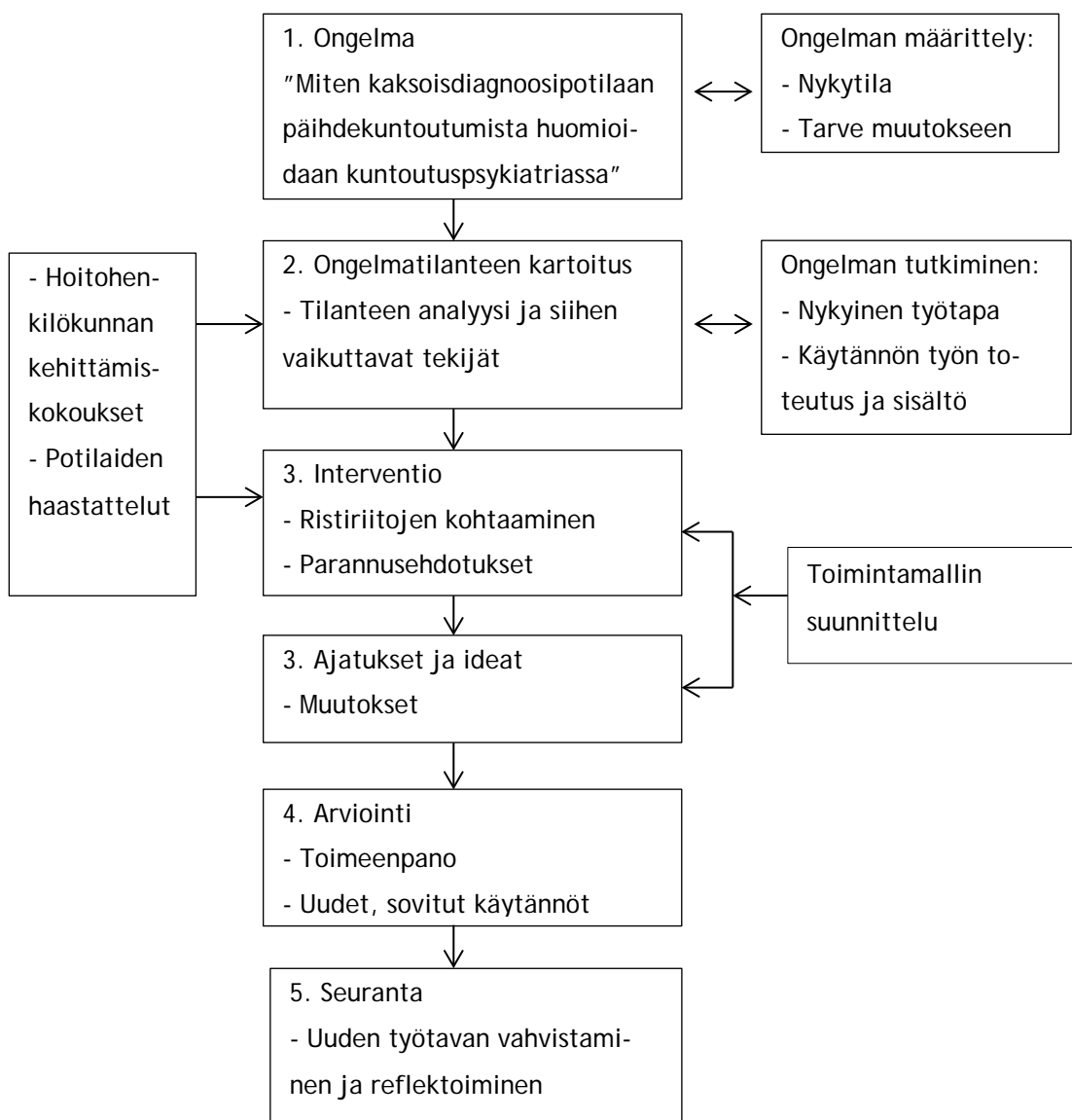
Olin tiedottanut kehittämiskokousten aikatauluista osalle työryhmän jäsenelle sähköpostitse ja lisäksi osalle suullisesti osastotunnin tai työvuoron yhteydessä. Olin lisännyt sähköpostiviestiin saatekirjelmän opinnäytetyöstäni (liite 3). Kehittämiskokouksien aikataulutukset pyrin huomioimaan niin, että mahdollisimman moni työryhmän jäsen olisi tuona päivänä työvuorossa. Kehittämiskokouksia oli viisi eri kokoontumiskertana, jotka aikataulullisesti toteutettiin 3.-24.10.2013 välisenä aikana. Kehittämiskokoukset etenivät kehittävän työntutkimuksen ajatuksella, jossa minulla oli puheenjohtajan rooli. Kehittämiskokoukset kestivät pisimmillään yhden tunnin ajan. Kehittämiskokoukset kokoontuivat osasto 4 neuvotteluhuoneessa.



Kuva 4. Osasto 4 neuvotteluhuone

Kehittämiskokouksiin osallistuminen oli vapaaehtoista. Ennen kehittämiskokouksen alkua varmistin vielä työntekijöiden halukkuuden osallistua opinnäytetyön kehittämiskokouksiin. Kehittämiskokouksiin osallistumisen halukkuuden työntekijät allekirjoittivat suostumuslomakkeen (liite 4). Kukaan työntekijöistä ei kieltäytynyt osallistumasta kehittämiskokouksiin. Aineiston keruu tehdään kehittävän työntutkimuksen ajatuksin, jossa osaston jokaisen hoitotyöntekijän osallistuminen on mahdollista.

Kehittämiskokoukset nauhoitin, koska näin minulla itselläniikin oli mahdollisuus olla yhtenä työntekijänä osallisena kehittämiskokouksissa ja näin pystyin jälkikäteen tarkistamaan työryhmän vastauksia ääninauhalta. Kehittämiskokousten aineiston tallentamisen jälkeen olen kirjoittanut aineiston tekstiksi. Tekstin olen kirjoittanut valikoiden kehittämiskokouksiin osallistujien puheista. Kehittämiskokouksien nauhoituksia ei purettu sanatarkasti, koska aineisto oli minulle niin tuttu, että tallenteista oli helppo poimia teema-alueet. Analysoin työryhmän kehittämiskokouksien materiaalin käyttäen merkitysten tiivistämistä ja merkitysten luokitte-  
lua. Tekstinä kehittämiskokouksien aineistoa kertyi 13 sivua, jossa fontti oli Calibri 11 ja rivi-  
väli 1,5.



Kuvio 5. Kehittämistyön vaiheet



Ilmiön kanssa tekemisissä olevat henkilöt, jotka saavat ilmaista kantansa ja esittää parannusehdotuksia sekä osallistua suunnittelutyöhön, omaksuvat kehittämistyön enemmän omakseen (Kananen 2012, 62).

## 8 Keskeiset tulokset

Opinnäytetyössä on edetty kehittävän työntutkimuksen syklin mukaisesti. Kehittävässä työntutkimuksessa on viisi vaihetta, jotka etenevät alkutilanteen ongelman määrittelystä uusien toimintatapojen ideoinneista ja käyttöönotosta seurantaan. Tässä opinnäytetyössä edetään vaiheeseen kolme, jossa toiminnan ideat ja ajatukset esitellään.

Tämän opinnäytetyön tavoitteiden lailla toivoin tulostenkin olevan osa työtä kehittävää ja tuovan työn toteutukseen ja sisältöön uutta pohdintaa. Esittelen tässä luvussa opinnäytetyön keskeiset tulokset, joista tärkeimmäksi nousee hoitohenkilökunnan kaksoisdiagnoosiikan osaamiseen ja potilaan kohtaamiseen liittyvän koulutuksen lisääminen. Potilaiden kokemana osaston nykyiset toimintatavat ovat kuntouttavia ja toimivia. Kehittämisideat ja toiveet liittyivät enemmän yhdessä tekemiseen ja sosiaaliseen kanssakäymiseen.

### 8.1 Nykytila ja muutostarve

Työryhmän kehittämiskokouksissa mietittiin aluksi sitä, miten osastolla 4 kaksoisdiagnoosipotilaan päihdehoidon huomiointi toteutuu osastolla ja miten työryhmä suhtautuu kaksoisdiagnoosipotilaan hoitoon. Pyrimme kehittämiskokouksissa etenemään kehittämistyön vaiheiden mukaisesti (Kuvio 5).

Kaksoisdiagnoosipotilaiden määrän kasvu osastohoidossa tuntuu olevan työryhmässä kaikilla tiedossa. Potilaan sairaalaan tulon syynä ovat yhä enenevässä määrin päihteet. Kaksoisdiagnoosipotilaiden päihdekuntoutumisessa nähdään olevan selkeä aukko. Psykiatrian koetaan olevan vahvempi osa-alue, joten päihdehoitoon ei ole resursoitu tekijöitä tai sitä ei hoidossa huomioida riittävästi. Tänä päivänä päihdeosaamista arvostetaan ja uudempi ajatus on, että potilas pyritään hoitamaan ”saman katon alla” eli integroidusti.

Työryhmän kehittämiskokoukset:		
1. Ongelma "Miten kaksoisdiagnoosipotilaan päihdekuntoutumista huomioidaan psykiatrisessa sairaanhoidossa"		
2. Ongelmatilanteen kartoitus (nykyinen työtap)		
Alkuperäisilmaisut:	Pelkistetty ilmaisu:	Alakategoria:
-...halutaan kehittää omaa työtä...	-työn kehittäminen	-kehittäminen
-...mietitään eri toimintamalleja...	-toimintamallit	
-...päihdehoidossa selkeä aukko...	-päihdehoidon tietämättömyys	
-...meillä ei ole työvälineitä, ei halua puhua "puutaheinää"...	-kouluttamattomuus	-koulutus
-...toivotaan päästä koulutuksiin...	-kouluttautuminen	
-...psykiatria vahvempi, joten päihdehoitoon ei satsata...	-päihdehoidon tunnetuksi tekeminen	
-...päihdeongelma koko perheen sairaus...	-päihdeongelman vakavuus	
-...mikä on työntekijöiden asenne...	-asenne	-asenteet

Taulukko 2. Ongelmatilanteen kartoitus

"Miten kaksoisdiagnoosipotilaan päihdekuntoutumista huomioidaan psykiatrisessa sairaanhoidossa"-kysymys tuotti lähes yksimielisen vastauksen. Kaksoisdiagnoosipotilaiden kanssa työskennellään yhä enenevässä määrin, mutta päihdehoidon osuus kuntoutusprosessissa jää erittäin pieneksi. Koetaan, että kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidossa on selkeä aukko, joka näkyy työryhmässä päihdehoidon osaamattomuutena. Toisaalta päihdehoitoa ei koettu niin vaikeana, etteikö sitä voisi tällä työryhmän kokemuksella kuntoutusprosessiin lisätä. Ensimmäinen ajatus päihdehoidosta kuulostaa uudelta ja erilaiselta hoitomuodolta, joka aluksi saattaa säikäyttää hoitohenkilökunnan epäilemään omia kykyjään ja osaamistaan.

Ajatus siitä, että psykiatrisessa sairaanhoidossa hoidetaan psykiatrisia häiriöitä, näkyy melko vahvana työntekijöiden asenteessa edelleenkin. Vasta muutaman viime vuoden kirjoitukset, tutkimukset ja potilaiden moniongelmaisuus on pakottanut miettimään integroidun hoidon mallia.

Tällä hetkellä osasto 4 päihdehoitoa toteutetaan harvakseltaan osalla potilaista. Joillekin potilaille on saatettu määrätä alkoholismien hoidossa käytettävää Antabus-lääkitystä ja tupakoinnattomuuden tueksi nikotiinikorvaushoitoa tai suositeltu osallistumista AA- tai NA-ryhmiin sairaalan ulkopuolella. Osa potilaista on saattanut käydä sovitusti A-klinikalla tai mielenterveys- ja päihdehoitoyksikössä kotikunnassaan sairaalahoidon aikana.

Ensimmäisen kehittämistyön vaiheessa käytetyn ongelman ja ongelmatilanteen kartoituksen aineiston olen ryhmittänyt alakategoriaan. Ensimmäisessä vaiheessa mietittiin opinnäytetyön tutkimuksellista ongelmaa "miten kaksoisdiagnoosipotilaan päihdekuntoutumista huomioidaan psykiatrisessa sairaanhoidossa" ja ongelman määrittelyä nykytilassa ja muutostarvetta.

Työryhmän kehittämiskokousten kaksoisdiagnoosipotilaiden osastohoidon nykytilaa voidaan kuvata tarpeella kehittää ja kouluttautua sekä pohtia omaa asennetta kaksoisdiagnoosipotilaan hoitoon. Työryhmän kehittämishalu ja innostus on merkittävä, joka järjestettävien kokousten tai tilaisuuksien myötä "herää eloon".

## 8.2 Työryhmän ehdottamat parannusehdotukset

Työryhmän kehittämiskokoukset:		
3. Interventio (parannusehdotukset)		
Alkuperäisilmaisut:	Pelkistetty ilmaisu:	Alakategoria:
-...psykoedukatiivisen päihderyhmän muodostaminen...	-psykoedukatiivinen päihderyhmä	-päihderyhmä
-...motivoivan haastattelun tiedon jakaminen muille...	-motivoiva haastattelu	-motivointi
-...päihdeosaamisen tietous esiin...	-päihdeosaaminen	-osaaminen
-...erilaisiin päihdepaikkoihin tutustumiskäyntejä...	-tutustumiskäynnit	
-...otetaan tavaksi täyttää Audit...	-Audit	
-...hyödynnetään osastotunteja...	-osastotunnit	-koulutus
-...voidaanko pyytää asiantuntijaa puhumaan...	-asiantuntija	-tiedonjako
-...tehdään yhteistyötä osasto 3 kanssa...	-yhteistyö osastojen kanssa	-tiedonjako
-...pitäisi saada lääkärit mukaan tekemään tiimityötä...	-lääkäriyhteistyö	-yhteistyö
-...halutaan hyödyntää kokemusasiantuntijuutta...	-kokemusasiantuntijuus	-yhteistyö
-...ei saisi menettää toivoa...	-toivon ylläpitäminen	-motivointi
-...psykologin mukanaolo koetaan hyvänä...	-psykologi	-tiimityö
-...huonekierron koetaan olevan hyvä...	-huoneraportti	-osaaminen
-...opetellaan yhdessä ensin...	-yhdessä opettelu	-osaaminen
-...potilaan oma ääni enemmän kuuluviin...	-potilaan tahto	-yhteistyö

Taulukko 3. Työryhmän ehdottamat parannusehdotukset

Tällä hetkellä kaksoisdiagnoosipotilaiden kanssa työskennellään melko paljon. Työryhmä keskusteli siitä, voiko se tehdä asialle jotain. Avokuntoutusosastolla 4 on osastohoidossa käytettäviä hyviä hoitoryhmiä, joita ei sovi unohtaa, vaan ne tarvitsevat päivitystä. Tärkeäksi koettiin kuntoutumisprosessissa perusasioihin huomiota kiinnittämällä ja niiden päivittämistä. Kun perusasiat ovat kunnossa, voi potilas edetä hoidossaan asianmukaisesti. Esimerkiksi potilaan tulotilanteen päivittämistä suositettiin, koska se on yksi tärkeimmistä tapahtumista potilaan hoidossa ja potilaan kohtaamisessa.

Päihde- ja mielenterveysongelmien ymmärtämiseksi on tärkeää saada tietoa sairauksista ja mahdollisista diagnooseista. Kokouksessa nousi esiin psykoedukatiivisen työskentelyn tarkeys, jossa potilaan on tärkeää ymmärtää, ettei hän itse ole aiheuttanut sairastumistaan tai riippuvuuskäyttäytymistään.

Yhdessä ihmisten kanssa ajatusten ja kokemusten jakamisen koettiin yhteistyötä parantavana tekijänä. Vertaistuen kautta on mahdollisuus saada tietoa ja selviytymisen kokemukset koetaan antavan toivoa. Vertaistuen käyttöä toivotaan lisättävän kuntoutuksellisessa osastohoidossa. Sairaanhoidon ammattilaiset tarvitsevat kuntoutukseen potilaiden hoidon tueksi vapaaehtoisia. Vielä tänä päivänä vapaaehtoistyötä tai vertaistukea käytetään hoitotyön tukena vähän.

Työryhmän kehittämiskokouksissa nousi esiin, miten tärkeänä verkostoitumista pidetään silti-kin sen ollessa aina vaan kehittämisen kohteena. Osastojen väliseen verkostoitumiseen ja yhteistyöhön kaivataan edelleen mahdollisuutta sen toteuttamiseen. Vierailut muilla osastoilla voivat avartaa osastohoidon suunnittelussa ja kehittämisessä. Osaavaa henkilökuntaa on paljon ja olisi tärkeää saada osaaminen ”jakoon”.

### 8.3 Kaksoisdiagnoosipotilaan profiili

Työryhmässä oli havaittavissa kaksoisdiagnoosipotilaan tuntemattomuus. Minkälainen kaksoisdiagnoosipotilas on? Kaksoisdiagnoosipotilaat koetaan haastavana potilasryhmänä. Kun on ymmärrys kaksoisdiagnoosipotilaan tunteista, ajatuksista ja kokemuksista, auttaa se meitä ymmärtämään potilasta enemmän.

#### Työryhmän kehittämiskokoukset:

#### 2. Ongelmatilanteen kartoitusta (kaksoisdiagnoosipotilaan profiili):

- Heikko
- Arvaamaton
- Riskit olemassa
- Kumpi ongelma on syntynyt ensin?
- Avun hakemisen vaikeus
- Saako oikeaa apua?
- Heikoilla jäillä
- Potilaan tunteet, kokemukset, ajatukset; mitä ne on?

Taulukko 4. Kaksoisdiagnoosipotilaan profiili

Kaksoisdiagnoosipotilaasta puhuttaessa saattaa se osittain kuulostaa suhteellisen vieraalta. Kaksoisdiagnoosi asettaa haastetta hoitotyön sujuvuudelle. Jotta hoitotyö sujuisi, on siis meidän hoitotyöntekijänäkin pohdittava kaksoisdiagnoosiin liittyviä piirteitä ja olemusta. Enemmän vaikuttaa tapa ja asenne, miten asiaa potilaalta kysytään tai millä tavoin asian esittää. Jokaisen työntekijän tulisi käyttäytyä sääntöjen ja ohjeistuksien mukaisesti potilasta kunnioittaen.

Kuinka potilaalle osoitetaan avun tarve päihdeongelman hoidossa, mikäli potilas kieltää ongelmansa. Potilaalla saattaa olla vaikea hakea apua. Päihdekierre on saattanut jatkua useita vuosia, joten avun hakeminen ja motivointi on usein hoitohenkilöstön tehtävä. Kaksoisdiagnoosipotilaan profiili näyttää heikkona ja arvaamattomana usein pitkään laitostieteessä eläneenä.

#### 8.4 Ristiriitojen kohtaaminen ja haasteet

Työryhmän kehittämiskokoukset:	
3. Interventio (ristiriitojen kohtaaminen ja haasteet):	
Alkuperäisilmaisut:	Alakategoria:
-...kuinka kaukana potilas on hoitajasta...	-etäisyys
-...liian pieni työryhmä...	-pieni työryhmä
-...henkilökunnan ja potilaiden vaihtuvuus...	-vaihtuvuus
-...lääkäritilanne huono...	-lääkäritilanne
-...HUS:n epävarma tilanne...	-työtilanne
-...miten osoitamme tekevämme hyvää, arvokasta työtä...	
-...tiedonkulku tökkii...	-tiedonkulku
-...uusia tilanteita tulee koko ajan...	-haasteet
-...hoitajalta vaaditaan monitaituruutta...	-moniosaaminen
-...yhteiskunnan asenne mietityttää...	-asenne

Taulukko 5. Ristiriitojen kohtaaminen

Kehittämiskokousten myötä esiin nousevien haasteiden kehittyvän hoitotyön edetessä voi olla se, että potilaan kanssa kontaktissa oleminen on vähäistä. Muun muassa erilaiset hankkeet, kirjaamiset, pieni työryhmä, osaston oman kokopäiväisen lääkärin puuttuminen ja asenne vaikeuttavat tehokkaaseen, hyvään hoitoon pääsemistä.

Tänä päivänä psykiatrinen sairaansijojen vähentämisen takia on potilasvaihtuvuus osastolla lisääntynyt. Potilaiden kuntouttavaan hoitoon ei lisätä resursseja sairaalaolosuhteissa. Nykyinen psykiatrinen hoitomalli ohjaa hoitamaan potilaat yhä enenevästi kotona tai avohoidon piirissä. Työryhmältä odotetaan tehokasta, kuntouttavaa, nopeatempoista ja osaavaa tiimi-

työtä potilaan hoidon tueksi. Hoitajalta koetaan vaadittavan monitaitoista osaamista potilaan kanssa työskenneltäessä, jotta potilas voi lyhyen osastojakson jälkeen kotiutua kuntoutuneena.

Tiedonkulussa koettiin olevan ongelmaa, mikä aika ajoin näyttäytyy työryhmän ja osastojen välisessä yhteistyössä. Vaikka on olemassa erinäisiä hyviä käytäntöjä tiedon siirtoon, silti siinä esiintyy puutteita. HUS:in Kellokosken sairaalan epävarma tilanne mietityttää syksyllä 2013 käytyjen yt-neuvotteluiden, osastojen lopettamisen ja fuusioitumisen takia. Miten käy avokuntoutusosaston jatkuvuudelle? Työryhmä koki, että osastomme on vielä turvassa ainakin tämän vuoden loppuun, mutta entä ensi vuonna?

Osaston oman kokopäiväisen lääkärin puuttuminen aiheuttaa tiedonkulussa puutteita ja hidastaa hyvän ja tehokkaan hoidon jatkuvuutta. Työryhmällä on kokemus, että potilas toivoo tapaavansa lääkärinä useammin. Työryhmä arvioi lääkärin kanssa tehdyn yhteistyön olevan yksi tehokkaan hoidon mittari. Olisi tärkeää toteuttaa lääkehoitosuunnitelmat, lääkityksen tarkistukset, diagnoosivarmistukset, laboratoriotutkimukset ja muut tarvittavat tutkimukset säännöllisesti ja suunnitellusti.

#### 8.5 Työryhmän ajatukset ja ideat

Työryhmän kehittämiskokoukset:
4. Ajatukset ja ideat (muutokset):
<ul style="list-style-type: none"> <li>-tietojen päivitys</li> <li>-kalenterin käyttö</li> <li>-yhteistyö muiden osastojen kanssa</li> <li>-Audit</li> <li>-osastotunnit</li> <li>-kiireetön vastaanotto</li> <li>-asiantuntija</li> <li>-osallistuminen</li> </ul>

Taulukko 6. Ajatukset ja ideat

Kaksoisdiagnoosipotilaan hoidossa koettiin tärkeänä huomioida kokonaisuudessaan osasto 4 kuntoutushoitoa ja mitä se pitää sisällään (Liite 5). Kaksoisdiagnoosipotilaan hoidossa tärkeänä koettiin lähteä liikkeelle ihan alusta. Potilaan kiireetön vastaanotto- tai tulotilanne osastolle halutaan tehdä selkeäksi ja valmistella sen avuksi lista, joka helpottaa työntekijän työtä ja jättää enemmän mahdollisuuksia luoda rauhaisa potilaan asettuminen hoitoon. Yhdeksi mukaan otettavaksi mittariksi ehdotimme Audit-lomaketta. Tämä lomake voidaan yhdessä

potilaan kanssa täyttää esimerkiksi osastolle siirtyessä, mikäli sitä ei hiljattain edellisellä osastolla ole potilaan kanssa täytetty (Liite 6).

Kalenterin käyttöä haluttiin painottaa siksi, että usein kalenteriin kirjoitettu aihe tai asia oli myös muiden työntekijöiden nähtävillä. Kalenteriin kirjoitettu tapaaminen, aihe tai päivitys antaa työntekijälle tai työntekijöille paremmin mahdollisuuden pidättäytyä jo sovitussa tapaamisessa, eikä esimerkiksi muu työryhmä delegoi muuta tehtävää samaan aikaan. Kalenterin hyvällä käytöllä vältetään päällekkäisyys ja työn organisointi parantuu.

Muiden osastojen kanssa halutaan tehdä yhteistyötä. Esimerkiksi osasto 3 päihdevastaavan kanssa on sovittu jo tapaaminen. Tapaamisessa on tarkoitus kuulla tupla-projektityöryhmän kokemuksia kaksoisdiagnoosipotilaan hoidosta ja sen osiosta. Osasto 3 on profiloitunut kaksoisdiagnoosipotilaiden kuntoutukseen, jossa tupla-projektilla on ollut oma merkityksensä. Tupla-projektilla on haluttu kehittää kaksoisdiagnoosipotilaan hoitoa ja luoda sen mukainen osaston profiili.

Asiantuntijan luento on saatu järjestettyä 29.11.2013 pidettävään työryhmäpäivään yhtenä osallisena, jonka idea on noussut näiden kehittämiskokousten ideoinnista. Työryhmäpäivään on kutsuttu huumepoliisi luennoimaan omasta työstään ja päihteiden tilasta ja käytöstä tänään Suomessa.

Psykoosit-vastuualueella tullaan järjestämään päihdekoulutusta 2014 kevään aikana Kellokosken sairaalan juhlasalissa kolmena iltapäivänä; 23.1, 6.3 ja 22.5. Päivien ohjelmat vielä tarkentuvat lähempänä kyseisiä päiviä. Työryhmän kehittämiskokouksissa nousi halukkuus osallistua kyseisiin koulutuksiin ja nämä päivät merkitään kalenteriin ja pyydetään huomioimaan työvuorojärjestelyt niin, että mahdollisimman moni pääsee osallistumaan.

Osastomme päihdevastaavan eli minun toivottiin pitävän työryhmälle esitys päihteisiin liittyen. Luentotyypinen tiedonjako aloitettiin jo viimeisessä kehittämiskokouksessa, johon olin koonnut kaksoisdiagnoosista lyhyesti tietoa diasarjana.

## 8.6 Potilaiden kokemukset hoitoon tulosta

Haastateltavat potilaat olivat olleet Kellokosken sairaalassa hoidossa vaihtelevasti reilusta kolmesta vuodesta viiteen kuukauteen. Potilaat kokivat sairaalaan tullessaan vastaanottotilanteen hieman erilaisina. Osa potilaista muistaa Kellokosken sairaalaan tulotilanteen voinnin olleen huonon.



”Mä en ollu niin huonossa kunnossa, kun mä tulin, mutta muutamassa päivässä mun vointi romahti”.

Tulotilanne muistettiin melko hyvin ja vastaanotto sairaalaan tulosta oli saattanut jäädä mieleen epäselvästi.

”Ihan hyvin otettiin vastaan, mut sit se meni vähän sekavaks että, kun mä suutahdin siellä vähän, niin se muuttui pakkohoitopäätökseks. Ett se jäi vähä epäselväks se tilanne”.

Osa potilaista ajatteli sairaalaan tulotilanteesta myönteisesti ja koki saaneensa lämpimän vastaanoton.

”No, mä olin ihan hyvillä mielin kuitenkin. Kyllä mä tiesin, että tää on parempi paikka”.

”Tultiin vastaan ja esiteltiin paikkoja. Oli ihan lämmin vastaanotto”.

Nykyiselle sairaalahoitajaksolle tullessa päihteiden ei koettu olleen sairaalaan tulon syynä juuri sillä hetkellä.

”Ei liittyny enää, että, no kun olin ne päihteet lopettanu vuosia sitte”.

”En mä ainakaan, ku nollat mä puhalsin”.

”Et ei ny päihteet periaatteessa, olihan mulla muitaki ongelmia”.

Päihteiden käytön koettiin olevan ongelma aikaisemmassa vaiheessa jo paljon ennen sairaalaan tuloa. Päihteiden käyttöä saatettiin hieman vähätellä haastatteluhetkellä, eikä sitä enää nähty ongelmallisena.

”Olinhan mä joskus juonu siellä”.

”No, joskus on ollu”.

”No, lieviä ongelmia, en mä alkoholisti oo ollu, mutta vähän joskus, ku on ollu yksinäinen olo ja masentunu”.

Avokuntoutusosastolle siirtyvät potilaat tulevat suurimmaksi osaksi osastolta 3, mutta myös muilta osastoilta, kuten 10, 20, 12 ja 24 siirrytään kuntoutusosastolle hoitosuunnitelman mukaisesti. Avokuntoutusosastolle siirtyminen oli usein yhteistyössä aiemman osaston hoitohenkilökunnan kanssa sovittu asia, joka oli hoitoneuvottelussa suunniteltu siirtymä sairaalahoidossa kuntoutusosastolle. Osa potilaista koki saaneensa itse vaikuttaa jatkokuntoutukseensa.

"Se oli niinku molemminpuolinen, ett minä niinku ajoin sitä ja sit hoitajatki".  
 "Sit sanottiin, että ollaan mietitty sellasta juttua, että siirtyisit tonne tohon neloselle ja sit siirryttiin vaan".

Avokuntoutusosastolla 4 potilaat olivat olleet kolmesta kuukaudesta kuuteen kuukauteen. Avokuntoutusosastolle siirtymistä potilaat muistelivat hoidon eteenpäin menona. Potilaat pitivät osastolle siirtymistä hoitoaan edistävänä ja positiivisena asiana.

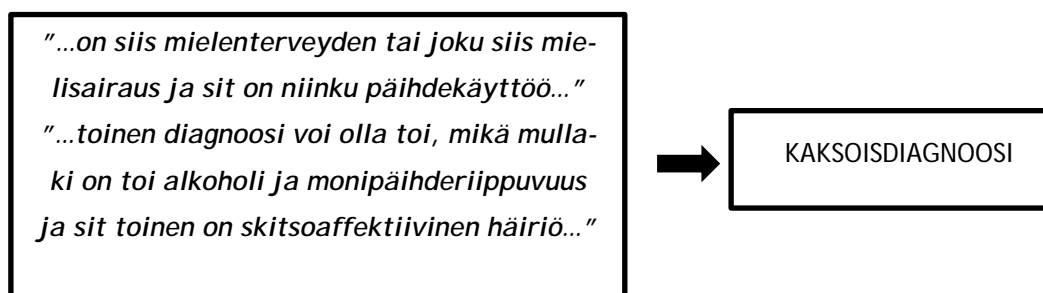
"Tää on ollu helpotus tulla tänne, ku on oma huone. Tietenkin täällä on hyväkuntoisia sillai parempikuntoisia potilaat".  
 "Onhan siinä aina, kun muuttaa toiselle osastolle vähä sellasta sekavaa tai miten mä ny sanoisin hädellä, mut oikein hyvä vastaanotto oli. Tuli kans nää osaston potilaat kysymään ett tuuksä tupakalle".

Haastateltavat potilaat olivat kaikki olleet tyytyväisiä tähän asti saamaansa hoitoon avokuntoutusosastolla 4.

"Mä oon viihtyny täällä, pääasiassa olen ollu tyytyväinen vointiin ja muutenkin".  
 "Sehän on yks parhaimmista osastoista. Täällä on vähä ohjelmaa et, sit työssä käyn säännöllisesti".  
 "No, se on ollu sellasta että että on sellanen tietty turvallisuuden tunne ja vapaus ja luotetaan ja on mahdollista käydä työterapiassa ja punttisalilla ja sillä lailla ihan mielekästä".  
 "Oon tosi tyytyväinen saamaani hoitoon. On niinku ammattitaitoisia hoitajia ja otetaan potilaita ja yksilöllisiä eroja huomioon eikä tulla töihin sillai pahalla tuulella".  
 "Onhan se tietysti ollu hyödyllistä ja mitä nyt sanois et on ainakin hyvin kuultu niinku asioita".  
 "No, mun mielestä tää on tosi hyvä osasto, että tosi upee osasto".

#### 8.7 Mitä on päihdeongelma?

Kaksoisdiagnoosi oli haastateltaville melko tuntematon käsite sitä kysyttäessä. Usein mielen-terveyshäiriön diagnoosista oli aiemmin potilaan kanssa keskusteltu, mutta päihderiippuvuudesta tai päihdehäiriöstä ei ollut puhuttu. Haastateltavista kaksi viidestä ei epäroinyt määrittellä omaa ajatustaan kaksoisdiagnoosista.



Kuvio 6. Kaksoisdiagnoosin määritelmä potilaiden kokemana

Haastateltavat potilaat arvelivat itsellä olevan tai olleen päihdeongelman. Päihdeongelman hoitoon oli käytössä erinäisiä hoitovaihtoehtoja, joita oli haastateltavien potilaiden mielestä hoidettu jo melko riittävästi tai, että ongelma oli avokuntoutusosastohoitoon tullessa jo hoidettu.

"Kyllä mä oon edelleen sitä mieltä, että mulla on tai, en tiedä sekin vaihtelee niin paljon mutta kyllä mulla on mun mielestä päihdeongelma".

"Ei sitä nyt oo tota. Tossa on nyt niin paljon saanu tukea et sitä ei ainakaan tunnu että se ois".

"En mä tiedä, ei mulla nyt ainakaa mitää oo ongelmaa päihteitten kanssa".

"No, päihdekäyttöä ei oo ollu vähään aikaan ett se oli ku jouduin ensi kertaa hoitoon".

## 8.8 Potilaiden kokemukset päihdeongelman hoidosta

Sairaalahoidossa käytettäviä kaksoisdiagnostisen päihdeongelman hoitomuotoja haastateltavilla potilailla oli ollut tai on muun muassa Antabus, AA-ryhmät, psykoedukaatio, keskustelut hoitajan kanssa, liikunta, lääkitys, hyvän hoitosuhteen luominen, päihderyhmät ja oma motivaatio.

Kaksoisdiagnostisen päihdeongelman hoitomuodot:		
Alkuperäisilmaisut:	Pelkistetyt ilmaisut:	Alakategoria:
-”...en mä oikein muuten ku mä oon puhunu jonkun kanssa...”	-puhunu jonkun kanssa	-keskustelu
-”...tuli vaan semmonen tarve puhua hoitajan kanssa...”	-puhua hoitajan kanssa	-keskustelu
-”...no täällä on hoitajat aina tukena, se on hyvä...”	-hoitajat tukena	-hoitosuhde
-”...se on taas se, ett rupee käymään tuolla AA-kerhossa...”	-AA-kerhossa käyminen	-AA-ryhmät
-”...on mulla tietysti se, että käy välillä käveleen ja saa vähä ajatukset muualle...”	-kävely	-liikunta
-”...no siihen tuli se Antabus...”	-Antabus	-lääkitys
-”...sain tota, sain ihan tohon päihdeongelmaan tota sain rauhottavaa ja unilääkettä ja sillä lailla...”	-rauhottavaa ja unilääkettä	-lääkitys
-”...no mä kävin sellasessa päihderyhmässä...”	-kävin päihderyhmässä	-päihderyhmä
-”...ett se on mun oma päättäväisyys ja sisu...”	-päättäväisyys	-motivaatio
-”...no, kyll oli tää tämmönen psykoedukaatio, siin kerrottiin vähän kyllä päihteistä ja mitä niist voi aiheutua...”	-psykoedukaatio	-psykoedukaatio

Taulukko 7. Päihdeongelman hoitomuodot

Haastateltavat potilaat eivät kokeneet tarvitsevänsä päihdeongelmaan enempää hoitoa.

”Mä en oikeen sinällänsä ymmärrä, mitä järkeä on jankkaa niitä asioita, ku siitä on vuosikausia kulunu. Turhaa vaan tulee mieleen”.

”En mä ainakaan koe, et täss alkaa pikkuhiljaa kuntoutumaan, et tarttis lisää”.

Haastateltavat potilaat mielsivät kokeneensa paljon asioita, ja että oma päätös ja oppiminen ”kantapään kautta” olivat niitä asioita, joiden takia he ovat nyt käyttämättä päihteitä ja ajattelevat päihdekäytöstä kielteisesti. Haastateltavat potilaat olivat melko luottavaisia päih-teettömyytensä suhteen.

"Päivä kerrallaan se on mentävä siin asiassa vaan".

"Mut mä oon toivon mukaan oppinu nyt sen kanssa".

"Se saa olla ihan näin mun mielestä. Mä osaan pärjätä tällä lailla".

"Mä heti alusta päätin, että mä en enää mokaa ja se on ihan päätös pitäny".

#### 8.9 Minkälaista hoitoa kaksoisdiagnoosipotilas itse toivoisi saada?

Haastateltavat potilaat eivät osanneet eritellä hoitotoiveitaan laajasti. Heidän vastauksistaan kävi ilmi, että nykyinen hoito avokuntoutusosastolla 4 on tarkkaan suunniteltua ja potilaan kuntoutumista tukevaa. Kysyttäessä, minkälaista hoitoa potilas itse toivoisi saada, antoivat lähes kaikki yksinomaan samankaltaisia vastauksia.

"No en mä tiiä, eroisko se paljoo tästä, mikä tää on".

"Mun mielestä tää on kyllä niin tarkkaan suunniteltu hoito".

"Monta kertaa ollu sairaalassa, että niinku täälläkin toimii nää hommat".

"Voi hyvin paljon täällä vaikuttaa, et kuunnellaan mielipiteitä".

"Ottaen sitte minkä tahansa asian puheeksi nii se kyll tuodaan esille ja siitä keskustellaan".

"Tää on ihan hyvä täll tavalla ja nelosen hoitajat on hyviä".

"Tääl on aika paljo kaikkee sellasta aika paljo kaikennäköstä".

Haastateltavat potilaat olivat jossain määrin miettineet omaa hoitoaan ja siihen vaikuttavia tekijöitä. Haastateltavat toivat esiin toivovansa normaaleja arjen asioita tapahtuvaksi itselleen. Osa potilaista toi haastattelussa esiin kaipaavansa hoidossa itsevarmuutta, jatkohoidon selkeyttä, lääkkeiden vähentämistä ja parisuhdetta. Myös yksilöllisyyden huomioimista hoidossa ja somaattisen voimien huomioimista hoidossa pidettiin tärkeänä. Hoitohenkilökunnalle esitetyt toiveet liittyivät vuorovaikutukselliseen ihmisten väliseen kanssakäymiseen.

"Kunnioittakaa toisianne ja sitte aina uusia potilaita että jokainen on yksilö".

Potilaat kannattivat hoitajien kanssa keskustelua enemmän varsinkin voimien muuttuessa.

"Ett jos jollai potilaalla on joku hätä, niin kannattaa keskustella niinku mun kanssa ennen ku laittaa mut johonki eristykseen".

## 8.10 Kaksoisdiagnoosipotilaan hoidon kehittämisideat potilaiden kertomana

Potilaiden ajatukset hoidon kehittämiseksi ovat kaikki toteutettavissa olevia ideoita ja toiveita.

Alkuperäisilmaisut:	Pelkistetty ilmaisu:	Alakategoria:
- " ...tuli mieleen, että siellähän on ollu tuolla liikuntahallilla ku on niitä luentoja joskus. Siellä esimerkiks vois olla alkoholi ja jotain..."	-liikuntahallin luennot	-luennot
- " ...siitä kannattaa pitää kiinni, et on jokaisella oma huone..."	-jokaisella oma huone	-yksityisyys
- " ...ja sitte se ett on mahdollisuus tehdä noita keittiöhommia..."	-tehdä keittiöhommia	-toiminnallisuus
- " ...laite, vai mikä sen nimi nyt on mikä mittaa tulehdusarvoja..."	-tulehdusarvojen mittauslaite	-tutkimuslaite
- " ...ett, jos ois biljardipöytä osastolla..."	-biljardipöytä	-virikkeet
- " ...ehkä jotain sellasta infoo vois olla enemmänki ett tollasta niinku hoidoista ja sairauksista..."	-info hoidoista ja sairauksista	-psykoedukaatio
- " ...kyll vähä vois sellaseen kotiutumiseen liittyen ehkä jotain sellasta niinku infoo..."	-infoa kotiutumiseen liittyen	-kotiutusinfo
- " ...tänne vois tulla biljardipöytä vaikka tikkataulu ja kaikkia..."	-biljardipöytä ja tikkataulu	-virikkeet
- " ...no sitä sais laitoksen ulkopuolellekin jotain vaikka keilahallilla käynti..."	-keilahalliretki	-retket
- " ...kirjastossa käynti ja retkiä..."	-retket	
- " ...elokuviin tai kun tuolla on vähän kaikkee..."	-elokuvat	-retket
- " ...nii talvella päästäs laskettelemaan..."	-laskettelemaan	
- " ...Sahajärvikäynnit vois olla ens kesänäki..."	-Sahajärvikäynnit	

Taulukko 8. Potilaiden ehdottamat hoidon kehittämisideat

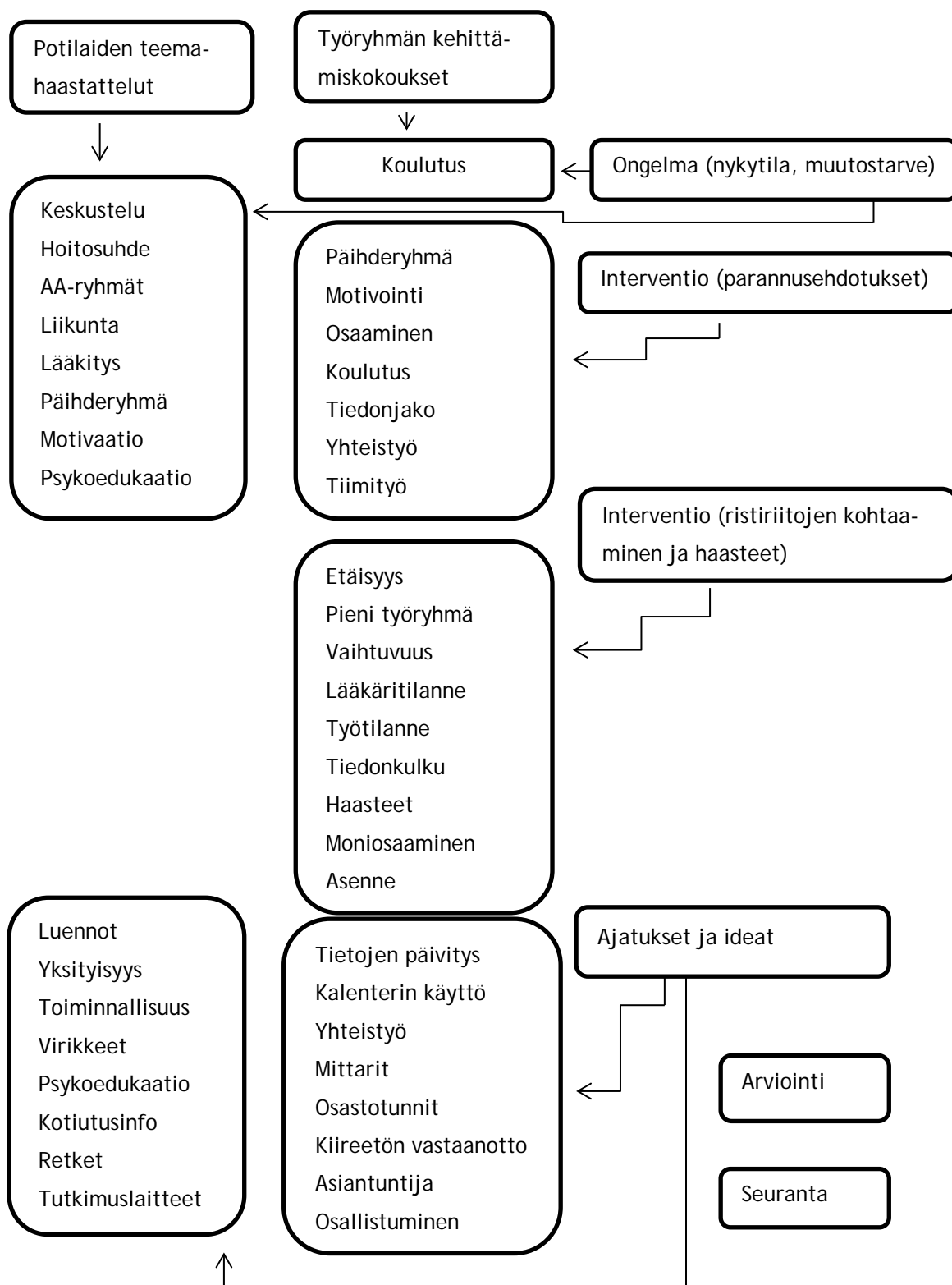
Haastateltavat potilaat eivät nähneet tarvetta muuttaa osaston toimintatapoja. Kehittämisideat ja -toiveet liittyivät enemmän yhdessä tekemiseen ja sosiaaliseen kanssakäymiseen. Luennot, yksityisyyden huomiointi, toiminnallisuus, virikkeet ja retket muun muassa olivat niitä toiveita, joita toivottiin olevan osastohoidon aikana kuntoutumisessa mukana.

Häkkinen (2013, 203) pitää toiminnallisuutta kuntoutumisen yhtenä vahvistavana ja elävöittävä tekijänä. Toiminnallisuus luo viihtyvyyttä ja joustavuutta mieleen. Toiminnan kohteet ja harrastukset yhdistävät samoista asioista kiinnostuneita. Toiminnallisuutta voi olla vaikka musiikin kuuntelu, käsityöt, lukeminen ja erilaiset työtoiminnot liitettyinä yhteiseen liikunnallisuuteen ja retkiin muodostavat kuntoutumista tukevan kokonaisuuden.

Kehittämisideoiden ja ajatusten arveltiin vaikuttavan paranemiseen myönteisesti ja taitojen ylläpysymisenä. Virikkeiden arveltiin tuovan lisää tekemistä ja retket laitoksen ulkopuolelle koettiin kuntouttavina. Retket ja yhteiset tapahtumat koettiin kivoina, mieltä piristävinä ja itseluottamusta kasvattavina tekijöinä.

”Kyllähän se nyt kuntouttaa ku lähtee vähä muuallaki käymään”.

## 8.11 Työryhmän ja potilaiden yhdistävät ajatukset



Kuvio 7. Kehittämistyö osastolla 4



Opinnäytetyössä kehittämistyön vaiheittaisessa etenemisessä voidaan aiemmin edellä kuvatun kuvion 5 mukaisesti nähdä yhteneväisiä piirteitä työryhmän ja potilaiden ajatuksissa. Työryhmässä on tuotu parannusehdotuksena esiin hyvin paljon samantyyppisiä asioita, joita potilaiden mielestä jo hoidossa esiintyy tai on esiintynyt. Työryhmän ongelmana nähdään koulutuksen tarve, joka näyttäytyy työryhmässä selkeänä haluna kouluttautua edelleen ja kehittää omaa osaamistaan tehden hoitotyöstä sitä, mitä potilas itse toivoo saavansa.

Tämän opinnäytetyön tulosten mukaan avokuntoutusosasto 4 kaksoisdiagnoosipotilaat ja työryhmän hoitotyöntekijät ovat omalla asenteellaan ja aktiivisella toiminnallaan luoneet hoitotyöstä kuntouttavan. Sekä hoitohenkilökunta että potilaat ovat halukkaita osallistumaan hoitotyön kehittämiseen. Tulosten perusteella olemassa olevan hyvän kuntoutushoidon kehittämiseksi asetettiin tavoitteeksi hoitotyön päivittämisen. Potilaan ja hoitajan välisessä vuorovaikutuksessa on hyvän yhteistyön luomisen kannalta syytä lähteä liikkeelle tehtäväkuvausten päivytyksestä sekä luoda toimivia malleja potilaan hoitoa tehostaaksemme. Uusien toimivien mallien käyttöön kuten esimerkiksi päihderyhmän aloittamiseen toivottiin rohkeutta. Rohkeuden ja ammattitaidon lisääminen tulee koulutuksien ja kokemusten jakamisen kautta.

## 9 Johtopäätökset

Opinnäytetyön tulokset niin työntekijöiden kehittämiskokousten aineiston kuin potilaiden teemahaastatteluidenkin osalta näyttäytyy samansuuntaisilta. Työryhmä näkee kehittämisen kohteina olevan muun muassa ryhmätoimintojen päivityksen, päihdeosaamisen ja osastojen välisen yhteistyön lisääminen sekä potilaan osallisuuden huomioinnin. Potilaiden kokemana hoito oli avokuntoutusosastolla ollut hyvää ja he toivat kerronnassaan esiin hoitotyytyväisyytään. Potilaiden kehittämisideat hoidolle olivat muun muassa luentojen kautta saadun tiedon jakaminen hoitoon, sairauksiin ja kotiutumiseen liittyen sekä yksityisyyden huomioinnin, toiminnallisuuden tukeminen ja virikkeiden lisääminen.

Työryhmän kehittämiskokousten kaksoisdiagnoosipotilaiden osastohoidon nykytilaa voidaan kuvata tarpeella kehittää ja kouluttautua sekä pohtia oma-asennetta kaksoisdiagnoosipotilaan hoitoon. Hoitotyöntekijöiden kokemana kaksoisdiagnoosipotilaan päihdehäiriötä ei riittävästi huomioida avokuntoutusosasto 4 hoidossa. Kaksoisdiagnoosipotilaan kokonaisvaltaisen hoidon esteenä ovat ongelman määrittelyn vaikeudet ja kieltävä asenne potilaan ongelmia kohtaan.

Psykiatristen hoitopaikkojen alasajoa ei ole pystytty korvaamaan kokonaan avohoidolla. Kotiutumiseen saattaa liittyä retkahdusriski sen aiheuttaessa turvattomuutta. Hoidon tehokkuuteen tulisi satsata lähtien liikkeelle hoidon perusasioista, jotta niin sanottu hoitokierre voidaan katkaista. Päihdehoidon laiminlyönti saattaa kotiutuneen potilaan ajaa uudelleen ahdistavissa tai stressaavissa tilanteissa käyttämään päihteitä.

Työryhmän työntekijöiden kokemukset kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidon laadussa on nähtävissä vielä osaamattomuutena ja kokemattomuutena. Potilaan ja hoitajan välisellä vuorovaikutuksella on suuri merkitys potilaan hoidossa kuntoutumiselle. Hölttä (2006, 29) pro gradu -tutkielmassaan tuo esiin, että haastatellut kaksoisdiagnoosipotilaat kokivat, että hoidon ja avun saannin vaikeudet johtunevat mielenterveys- ja päihdepalvelujen eriytyneisyydestä ja palvelujärjestelmän syrjivistä käytännöistä. Palveluiden eriytyneisyys ja syrjintä aiheuttavat ongelmia potilaiden kokonaisvaltaisen avun saannin ja hoidon sekä hoitoon pääsyn suhteen.

Asiakkaiden osallisuutta mielenterveys- ja päihdetyön väitöskirjassa tuodaan esiin vastaajien käsityksiä siitä, että asiakkaat voisivat osallistua yhdessä ammattilaisten kanssa mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseen. Asiakkaiden kokemusta pidetään tärkeänä, jotta toimintojen tarkoituksenmukaisuus säilyisi. Haastateltujen työntekijöiden kokemana asiakkaan tai potilaan osallisuus mielenterveys- ja päihdetyössä on tällä hetkellä puutteellista. Mielenterveys- ja päihdetyön työntekijöillä ei välttämättä ole osaamista potilaiden tai asiakkaiden osallisuuden tukemiseksi. (Laitila 2010, 92 - 110.)

Potilaiden omaa elämänhistoriaa ja sairaalaan joutumisen syiden tarkastelu tuotti arvokasta tietoa heidän omista kokemuksistaan ja ajatuksistaan saamastaan hoidosta ja sen luonteesta. Potilaat kokivat tulleen hyvin vastaanotetuksi osastolle siirtyessään, mikä vahvistaa työntekijöiden kehittämishaluaan ja hoitotyön laadun parantamista entisestään. Päihdeongelmaisten kohtaamiseen liittyy edelleen ennakkoluuloja, joita päihdetyön hoitomenetelmiin perehtymällä, kokemuksella ja koulutuksella autetaan hahmottamaan hoidon kokonaisuutta. (Valkonen 2005.)

Potilaiden kerronnasta nousi samansuuntaisia asioita hoidon luonnetta ajatellen. Haastateltavien potilaiden vastauksista kävi ilmi, että nykyinen hoito avokuntoutusosastolla 4 on heidän mielestään tarkkaan suunniteltua ja potilaan kuntoutumista tukevaa. Haastateltavat potilaat olivat kaikki olleet tyytyväisiä tähän asti saamaansa hoitoon. Voidaan osoittaa vastausten perusteella avokuntoutusosastolla 4 potilaiden saaneen hyvää hoitoa, joka on suhtautettuna Kokon (2004) tutkimukseen, jossa hyvä mielenterveystyö on ammattitaitoisten työntekijöiden toteuttamaa muun muassa keskustelujen, lääkehoidon ja psykoedukatiivisin keinoin.

Kokko (2004, 114) on tutkinut asiakkaiden ja työntekijöiden käsityksiä hyvästä mielenterveystyöstä, jossa asiakkaat ovat kuvanneet käsityksiään hyvästä mielenterveystyöstä erilaisina odotuksina omasta päätösvallostaan yhteistyössä työntekijöiden kanssa. Asiakkaiden käsitys hyvästä mielenterveystyöstä on ammattitaitoisten työntekijöiden toteuttamaa auttamistyötä, jossa asiakkaita autetaan keskustelujen ja lääkehoidon avulla sekä jakamalla perheenjäsenille tietoa mielenterveysongelmista.

Kuntouttavalle ja onnistuneelle päihde- ja mielenterveyshäiriöiden hoitamiseen on edellytyksenä kokonaisvaltaisen lähestymistavan omaksuminen. Ihminen tulisi nähdä fyysisenä, psyykkisenä ja sosiaalisena olentona. (Kanerva 2011, 17.)

Olemassa olevan tutkimustiedon mukaan kaksoisdiagnoosipotilaan molempien häiriöiden hoitaminen yhtä aikaa on tehokkaampaa kuin hajautettu malli. Aallon (2010) mielestä psykiatrian hoitojärjestelmän tulisi vielä enemmän perehtyä molempien häiriöiden hoitoon.

Päihteiden käytöstä, lisääntyneistä päihdehaitoista ja päihdehoidon kehittymisestä on kirjoitettu viime vuosina paljon. Päihdehoitoon ja kuntoutukseen panostamisen on todettu olevan kannattavaa ja tuloksekasta. Tämä edellyttää osaavia ja asiantuntevia hoitotyön toimijoita sekä heidän oikeaan aikaan toteuttamiaan interventioita, joustavia ja saumattomia hoitoja kuntoutumissuunnitelmineen. Näyttöön perustuvia, tutkittuja hoitomenetelmiä tulisi hyödyntää nykyistä paremmin hoitotyössä. Kaksoisdiagnoosipotilaan kokonaisvaltainen hyvä hoito vaatii päihdeongelman hoidon lisäksi samanaikaista mielenterveyden häiriön hoidon osaamista.

## 10 Pohdinta

Kaksoisdiagnoosipotilaan hoitoon ja siihen liittyvien kysymyksien tarkastelu ei ole mielestäni vielääkään valmis. Keskustelu ei ole koskaan valmis. Kehittämiskokouksien järjestämisellä ja keskustelulla toivotaan uusia välineitä ja lisäresursseja omaan työhön. Oman työn ajoittainen kriittinen tarkastelu ja pohdinta työryhmän kesken antaa mahdollisuuden jakaa ajatuksia. Koetaan, että vaikka minä olen ammattilainen, en omaa tarvittavia valmiuksia tai kokemusta hyvästä yhteistyöstä. Yhteistyön rakentuminen vaatii aikaa ja kärsivällisyyttä. Yhdessä keskustelu on merkinnyt muun muassa oman roolin ja paikan pohtimista työryhmässä työryhmän jäsenenä. On hyvä miettiä ja arvioida omaa tekemistään ja toimintaansa, mutta olisi hyvä olla rohkeutta kokeilla ja kehittää erinäisiä toimintamalleja. Samanaikainen rooli sekä työyhteisön jäsenenä että opinnäytetyön tekijänä on ollut haastava, mutta erittäin antoisa.

Työryhmän kehittämiskokouksiin osallistuneet työryhmän jäsenet sekä haastateltaviksi suosituneet potilaat halusivat olla mukana tässä opinnäytetyössä. Työryhmän jäsenet olivat valmiina osallistumaan kehittämiskokouksiin järjestämällä kehittämiskokouksen ajankohtaan itselle kalenterista tyhjää tilaa mahdollistaakseen osallistumisensa. Mielestäni työryhmän kanssa työskentely oli vapautunutta ideointia ja keskustelua tärkeästä aiheesta. Aluksi jännitin laitteiden toimivuutta ja sitä, kuinka nauhoitus onnistuu. Yhteisissä kokoontumisissa on mielestäni saavutettu avoin ja vapautunut tunnelma.

Kaksoisdiagnoosipotilaan ongelman määrittelyn vaikeudet saattavat heijastua sen tunnistamisen vaikeutena, joka avokuntoutusosastolla näyttäytyy muun muassa oman osastonlääkärin puutteena. Hyvän hoidon keskeisenä asiana on potilaan oireiden ja käyttäytymisen välisten suhteiden hahmottaminen yhdessä potilaan kanssa.

Tämän opinnäytetyön tekijänä olen kokenut opinnäytetyön edetessä innostusta edelleen kyseiseen aiheeseen. Olen työskennellyt sairaanhoitajana vuodesta 2001 lähtien, josta kahdeksan vuotta pelkästään päihdetyössä. Psykiatrisessa sairaanhoidossa olen aloittanut elokuussa 2010. Opinnäytetyötä tehdessäni olen löytänyt itsestäni lisää rohkeutta tarttua uusiin haasteisiin ja kehittää lisää omaa työtäni. Koen tärkeänä huomioida potilaan tilaa kokonaisvaltaisesti, oli hän sitten missä tahansa hoidon piirissä esimerkiksi perusterveydenhuollossa tai erikoissairaanhoidossa. Hoitotyöntekijänä tulisi muistaa ajatella potilaan tunteita ja tuntemuksia. Meidän hoitotyöntekijöiden tulisi asettua potilaan tilanteeseen. Hyvä muistisääntö potilaan kanssa vuorovaikutuksessa on kohdella toista niin, kuin toivoisit itseäsi kohdeltavan.

Opinnäytetyön aiheen valinta oli ajankohtainen, koska kaksoisdiagnoosipotilaiden lisääntyvä potilasmäärä pakottaa kehittämään hoitotyötä. Työryhmässä näen esiintyvän epätietoisuutta siitä, miten kaksoisdiagnoosipotilaan hoitopolun on tehokasta edetä. Kaksoisdiagnoosipotilaan hoitotoiveiden kysyminen antaa hoitotyölle tukevamman alustan sen kehittämisessä. On tärkeää ottaa hoidon kehittämiseen mukaan myös potilaat. Yhdessä hoitotyöntekijät ja potilaat saavat kehitettyä hoitotyöstä tuloksellista. Käytäntö osoittaa, ettei meillä vielä ole sellaista toimintamallia, jossa yhteistyö olisi luonnollista. Ammattilaisilla ei yleensä ole tarvittavia valmiuksia tai kokemusta yhteistyöstä. Yhteistyön synnyttäminen vaatii aikaa ja kärsivällisyyttä.

Opinnäytetyö haastaa potilaan hoidon kriittiseen tarkasteluun vaikuttaa potilaiden oikeuksien toteutumiseen saada parasta mahdollista hoitoa kokonaisvaltaisesti. Kun osoitetaan kehittämishalua, se luo työnantajalle ja koko organisaatiolle luotettavuutta. Vaikka kaikki hoitotyöntekijät eivät saisikaan riittävää koulutusta, voidaan työryhmässä kehittää ja päivittää työn sisältöä niin, että on sovittu jokin tilanne tai mahdollisuus jakaa tietoa.

Tämä opinnäytetyö on edennyt kehittävän työntutkimuksen vaiheiden ohjaamana. Olen kuvannut työn etenemistä ongelman määrittelyn kautta, jossa nykytila ja muutostarve on esitetty. Toisen vaiheen toiminnan ristiriidat ja kolmannen vaiheen uusien toimintamallien suunnittelu on kehittämiskokousten ja potilaiden teemahaastatteluiden tuoman ideoinnin tuotosta. Neljännen vaiheen toimintamallin käyttöönotto jatkuu työryhmässä, mutta sille ei ole aikataulutettu selkeää ajankohtaa. Viidennen vaiheen arviointiin toivon paneuduttavan kevään 2014 työryhmäpäivillä ja osastotunneilla. Tämä opinnäytetyön kehittämistyö on edennyt vai-

heeseen kolme, jossa toiminnan ideat ja ajatukset esitellään ja toimintamallin suunnittelun analyysi on kuvattu.

Haasteet opinnäytetyön prosessin etenemiselle olivat oman palkkatyön, perheen ja vapaa-ajan yhteensovittaminen. Opinnäytetyöprosessin viimeistelyvaiheessa kriittinen tarkastelu itseä ja opinnäytetyötä kohden lisääntyi. Opinnäytetyöhön liittyen päässä pyöri paljon ajatuksia ja lisämateriaalia tuntui löytyvän aina vain lisää ja lisää. Tutkijana tässä opinnäytetyössä olen osoittanut itseäni kohtaan kritiikkiä ja pohtinut mielessäni sitä, olenko pystynyt kokemukset, tulokset ja johtopäätökset tuomaan selkeästi esille. Luulen, että kokemukset ja ajatukset eivät koskaan tule tyhjentävästi ymmärretyksi.

Toivon tämän opinnäytetyön saavan näkyvyyttä ja kuuluvuutta omassa työyhteisössäni, mutta myös koko Kellokosken sairaalassa. Toivon opinnäytetyön aiheen ”kaksoisdiagnoosipotilaan hoidon näkökulmia” ja sen olemuksen nostettavan keskusteluun muissakin työryhmissä.

### 10.1 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Eettisten kysymysten pohdinta on tärkeää, koska eettisyyttä pidetään asiakastyön pohjana. Eettiset periaatteet eivät voi toteutua täysin, ellei työntekijä ole sisäistänyt ajatusta toiminnan asiakaslähtöisyydestä. Jokaista ihmistä tulisi kohdella tasavertaisesti ja yhtäläisesti. (Risänen 2007, 156.)

Ihmisiin kohdistuvassa opinnäytetyössä muodostavat ihmisoikeudet tutkimuksen eettisen perustan. Tutkijan on selvitettävä tutkimukseen osallistujille tutkimuksen tavoitteet, menetelmät ja mahdolliset riskit ymmärrettävästi. Tutkijan on tiedotettava osallistujille heillä olevan oikeus kieltäytyä tutkimukseen osallistumasta ja keskeyttää mukanaolo milloin tahansa. Tutkimukseen osallistujille ei pidä aiheuttaa vahinkoa, kipua tai muutakaan haittaa ja heidän hyvinvointinsa on asetettava kaiken edelle. Tutkimustietojen on oltava luottamuksellisia niin, ettei tietoja luovuteta ulkopuolisille ja osallistujien nimettömyys on turvattava sekä tutkijan oletetaan noudatettavan lupaamiaan sopimuksia. (Tuomi 2007, 145 - 146.)

Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys näyttäytyy niin, että ratkaisut ja toiminnot ovat tietoisesti perusteltuja. Jo tutkimusaiheen valinta on minulle eettinen ratkaisu, sillä se on yhteiskunnallisesti merkittävä. Opinnäytetyön kohdistuessa ihmisiin on luonnollisesti ensin selvitettävä, miten osallistuvien henkilöiden suostumus hankitaan ja tiedotettava, millä tavoin he itse ovat mukana osana tutkimusta.

Kuula & Vuorio (2009, 1 - 2) mainitsevat artikkelissaan Kuulan johdolla marraskuussa 2007 tutkimuseettisen neuvottelukunnan työryhmän asettamisen, jossa työryhmä esitti mietinnöis-

sään laatia ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset ohjeet. Eettiset periaatteet on jaettu kolmeen osa-alueeseen, jossa 1. tutkittavien itsemääräämisoikeutta on kunnioitettava, 2. vahingoittamista tulee välttää ja 3. yksityisyyttä ja tietosuojaa on kunnioitettava. Eettiset periaatteet ovat ohjeita, vaikka aina tutkija vastaa itse tutkimuksensa eettisistä ja moraalisista ratkaisuista. Eettisyys korostuu tutkijan ja tutkittavan kohtaamisesta.

Tutkimuksen tekijä sitoutuu huolehtimaan aineiston käsittelystä huomioimalla henkilötietojen käsittelyä ja yksityisyyden suojaa koskevat säädökset. Tutkija on velvollinen käyttämään tutkimusaineistoa luottamuksellisesti sekä turvaamaan tarkastelemiensa henkilöiden intimitetin ja anonymiteetin. Tutkimuksen valmistuttua tulee aineisto hävittää asianmukaisesti. (Laurea fakta. Opas opiskeluun Laureassa 2012 - 2013, 60.)

Haastatteluun osallistuminen oli haastateltaville vapaaehtoista ja haastattelutilanteet olivat paikassa, johon ulkopuolisilla henkilöillä ei ollut kuulo- eikä näköyhteyttä. Haastateltavien nimiä, sukupuolta ja ikää ei kirjata tutkimuksen aikana tutkimusaineistoon. Tutkimuksessa kerätty nauhoitettu ja kirjallinen aineisto säilytetään ulkopuolisten ulottumattomissa tutkimusprosessin ajan. Opinnäytetyön aineiston sisältö on ainoastaan opinnäytetyön tekijän saatavissa. Opinnäytetyön teoriaosuudessa käytettävä materiaali on asianmukaisesti lähdemerkinnöin kirjattu. Kirjoittamisessa ja raportoinnissa on noudatettu annettuja ohjeita ja suosituksia.

Opinnäytetyön luotettavuus osoittautuu myös erillisellä Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin opinnäytetyön tutkimuslupahakemuksen hakulomakkeella ja siihen erikseen sitoutumalla. Olen huolehtinut ja vastaan siitä, että opinnäytetyön suorittamiseen tarvittava tutkimuslupa on kunnossa ja että opinnäytetyön prosessi on kokonaisuudessaan lupien mukainen. Luotettavuutta osoittaa oman itseni työntekijän roolissa oleminen, joka ohjaa työntekijän velvollisuuksien kautta tähän kehittäväan työntutkimukseen.

Opinnäytetyössä tutkin kaksoisdiagnoosipotilaan hoidon huomioimista ja sen kehittämistä avokuntoutusosastolla 4. Opinnäytetyö on työelämlähtöinen tutkimus, jonka tuloksilla voidaan saada hyödynnettävyyttä työelämään. Koen tämän opinnäytetyön tärkeäksi, koska olen työssäni todennut kaksoisdiagnoosipotilaan päihdehäiriön hoidossa olevan kokemattomuutta.

Olen miettinyt tutkimuksen luotettavuutta, koska työskentelen itse tiiviisti tutkittavan kohde-ryhmän kanssa. Koin, että opinnäytetyön aineiston hankinta oli haastavampaa työryhmän hoitotyöntekijöiden kanssa kuin potilaiden kanssa. Työryhmän hoitotyöntekijöiden kehittämiskouksissa opinnäytetyön aineistoa hankkiessani ajattelin, että minulla opinnäytetyön tekijällä tulisi olla laaja asiantuntemus kyseisestä aiheesta. En voi määritellä itseäni kaksoisdiagnoostikan asiantuntijana vaikka melko pitkään päihdetyössä olenkin työskennellyt. Potilaiden tee-

mahaastatteluiden toteutuksessa mietin omaa rooliani sairaanhoitajana ja tutkijana. Koin tärkeäksi ennen teemahaastatteluiden alkua kertoa olevani haastattelutilanteessa tutkijan roolissa. Haastattelutilanteessa saatoinkin luoda luotettavan tutkimuslähtökohdan potilaalle, että hän pystyi kertomaan teemahaastattelun aiheista vapautuneesti. Haastattelujen aikana pyrin toimimaan neutraalisti.

Puolimatka (2002, 472) pohtii laadullisen tutkimuksen kohteena olevien tunteiden ja ajatusten voivan olla osittain sellaista, että niistä saattaa olla vaikea saada luotettavaa tietoa toisin kuin kvantitatiivisen tutkimuksen kohteista. Kvalitatiivisen tutkimuksen tarkoitus on käytäntöjen kehittämisen tueksi tuottaa tietoa, jota tällä opinnäytetyöllä haluan osoittaa.

Olin suunnitellut kehittämiskokouksia toteutettavan viitenä eri kertana, joista kaikki toteutui. Kehittämiskokouksissa oli jonkin verran toistoa ja asioiden tiivistämistä kehittämiskokouksien alussa, koska hoitotyöntekijöiden kokoonpano vaihteli kehittämiskokouksiin osallistumisessa. Kehittämiskokouksien alkuun käyty lyhyt tiivistetty yhteenveto ei välttämättä ollut huono asia, se palautti kokoukseen osallistujat muistamaan, mitä viimeksi tai siihen mennessä oli puhuttu.

Olin suunnitellut otokseksi haastatella muutamaa kaksoisdiagnoosipotilasta. Suunnitelluista haastatteluista toteutui viisi. Yksi potilas kieltäytyi osallistumasta haastatteluun. Näiden viiden potilashaastatteluiden aineistossa toistuvat samantyyppiset vastaukset, joten koen otoksen olevan riittävä.

## 10.2 Tutkimustulosten tarkastelu

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää kaksoisdiagnoosipotilaan hoitoa Kellokosken sairaalan avokuntoutusosastolla 4. Opinnäytetyö sujui tutkimussuunnitelmassa laaditun suunnitelman mukaisesti. Olen voinut tällä opinnäytetyöllä osoittaa kaksoisdiagnoosipotilaan hoidon kehittämisen jatkumisen. Potilaskohtaamisessa on syytä huomioida kokonaisuus niin, että itse ongelmaan ja häiriöön voidaan turvata asianmukainen hoito. Opinnäytetyön kehittämiskokousten ja potilaiden teemahaastatteluiden tuloksena voidaan todeta potilaan hyötyvän virikkeellisestä, aktiviteetteja sisältävästä ja psykoedukatiivisesta hoitomallista. Opinnäytetyössä on tuotettu uutta ajankohtaista tietoa, kun potilaiden mielipidettä ja ajatuksia on halettu selvittää ja minkälaista hoitoa potilas itse toivoisi saavansa. Myös Laitilan (2010) tutkimustulosten mukaan potilaiden osallistumisen ja hoitotyön kehittämisen kannalta on tärkeää potilaan osallistuminen omaan hoitoon ja kuntoutukseen. Tutkimustuloksia voidaan hyödyntää mielenterveys- ja päihdetyön kehittämisessä.

Opinnäytetyön kehittämiskokouksien aineistosta nousi esiin hoitotyöntekijöiden kehittämishalu omaa työtä kohtaan. Hoitotyöntekijät ovat halukkaita osallistumaan tarvittaessa työnkiertoon nähdäkseen muiden osastojen toimintaa ja oppimalla ja kunnioittamalla toisen työtä ja työtapoja. Psykiatrisessa sairaalassa on osaltaan vielä vaikuttamassa vanha kulttuuri, jossa ajatellaan psykiatrisessa sairaalassa hoidettavan psyykettä. Kaksoisdiagnoosipotilaan tilaa pidetään haastavana, joka vaatii hoidolta enemmän. Opinnäytetyön potilashaastatteluiden tulosten perusteella kaksoisdiagnoosipotilas itse ei välttämättä vaadi hoidolta sen enempää kuin kukaan toinenkaan potilas. Potilaiden kokemana hoitoon tuloon liittyvä hyvä kohtelu vaikutti hoidossa viihtymiseen. Avokuntoutusosastolla 4 on potilaiden kokemana hyvä ja asianmukainen hoito, jossa on huomioitu viikko-ohjelman toiminnallisuus ja työtoiminnassa käynnin mahdollisuus.

Hoitotyöntekijöiden kouluttamismahdollisuuksiin olisi syytä satsata edelleen. Hoitotyöntekijöiden kokemana potilaat ovat päihdeasioiden suhteen meitä edellä. Hoitotyöntekijöiden kehittämiskokouksien keskusteluista käy ilmi, että lääkärin mukanaoloa toivotaan enemmän potilaskohtaamisissa. Hoitotyöntekijät kokevat, että selkeän diagnoosin asettaminen potilaalle saattaisi helpottaa sairauden tunnistamista. Kaksoisdiagnoosiin hoidossa toivotaan saatavan hyödyntää kokemusasiantuntijuutta.

### 10.3 Päätelmät ja jatkotutkimusaiheet

Kehittämiskokouksien ja haastattelujen perusteella on yhteneväinen ajatus siitä, että aktiivinen ja toiminnallinen hoito kuntouttaa ja on potilaan mielestä sitä hoitoa, mitä potilas itse toivoo saavansa. Käytännön työssä tulee kehittää ja päivittää työvälineitä ja toimintatapoja, jotta kaksoisdiagnoosipotilaan hoito on laadukasta ja tuloksellista.

Hoitotyöntekijät osoittavat halukkuutensa osallistua koulutuksiin, joiden avulla osaamista tehostetaan. Hoitotyöntekijöiden kokemana tiimityötä ja yhteistyötä eri yhteistyötahojen kanssa tulisi lisätä. Hoitotyöntekijät kokivat työparin kanssa yhdessä työskennellessään potilaankin olevan yhteistyössä avoimempi ja joustavampi. Olisi tärkeää tehdä potilaan hoitoa koskevat päätökset aina potilaan kanssa. Yhtenä kehittämis ehdotuksena on, että kutsutaan potilas vuorollaan mukaan säännöllisesti moniammatillisen tiimin palaveriin. Luulen potilaan pitävän tiilannetta ehkä aluksi kauhistuttavana, mutta tunne luultavasti saattaa muuttua positiiviseen ajatteluun hoidosta ja siitä, että minusta välitetään. Se antaa potilaalle mahdollisuuden tulla kuulluksi.

Avokuntoutusosastolla 4 on viikoittainen huonekierto, jota pidetään erittäin hyvänä tilanteena potilaan tulla kuulluksi. Huonekierto on verrattavissa vuoteenvierusraportointiin, jossa yleensä kaksi tai kolme hoitajaa pitää raporttia potilaan huoneessa. Huonekierrolle olisi hyvä saada



sovitusti mukaan kahden hoitajan lisäksi lääkäri. Tätä huonekiertoa pidetään tärkeänä tapahtumana potilaan yhtenä informointikanavana, johon kehittämisehdotuksena lääkärin mukaan tulo lisäisi potilaan hyvän hoidon kriteereitä.

Työryhmän kehittämiskokouksista nousi esiin potilaan tulotilanteessa huomioitavien asioiden tarkistuslistaa, jossa muun muassa Audit-kyselyn huomioiminen näkyisi. Tarkistuslistassa olisi listattuna, mitä tulee ottaa huomioon potilaan tullessa avokuntoutusosastolle 4 ja mitä tulee huomioida potilaan siirtyessä avokuntoutusosastolle 4. Samantyyppisestä tarkistuslistasta hyödytään potilaan kotiutuessa, kun on listattuna, mitä tulee huomioida potilaan kotiutumisessa.

Minua itseäni kiinnostaisi jatkotutkimuksen aiheena selvittää, kumpi oli ensin, päihteet vai mielenterveyshäiriö. Osittain aiheesta on jo saatu uusiakin tutkimustuloksia, mutta asian selvittely laajemmin ja syvällisemmin olisi mielenkiintoista ja edelleen hoitotyön laatua parantavaa. Parempien palvelujen saatavuuden suhteen tulisi kunnissa kehittää edelleen mielenterveys- ja päihdetyötä. Mielenterveys- ja päihdetyön palvelut ovat usein ne palvelut, joista ensimmäisenä kiristetään tai vähennetään ensin sairaansijoja vähentämällä ja sitten palvelut lopetetaan kokonaan. Mielenterveyshäiriöiden ja päihdeongelmien ennaltaehkäisevään hoitoon tulisi puuttua tehokkaammin. Tehokas puuttuminen ajoissa tuottaisi valtiolle säästöjä, joita tänä päivänä yhä enenevästi mietitään.

## Lähteet

- Ehkäisevä mielenterveystyö kunnissa. Aineistoa suunnittelun tueksi. 2009. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Engeström, Y. 1998. Kehittävä työntutkimus. Perusteita, tuloksia ja haasteita. 2. painos. Helsinki: Hallinnon kehittämiskeskus.
- Eskola, J. & Karila, A. (toim.) 2007. Mielekäs Suomi. Näkökulmia mielenterveystyöhön. Helsinki: Edita.
- Forsell, M., Virtanen, A., Jääskeläinen, M., Alho, H. & Partanen, A. 2010. Huumetilanne Suomessa 2010. Uusin tieto, uusimmat kehityssuuntaukset ja erityisteemat huumeista. Huumevuosiraportti EMCDDA:lle. Kansallinen huumeusainneiden seurantakeskus. Raportti 40/2010. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Fröjd, S., Kaltiala-Heino, R., Ranta, K., von der Pahlen, B. & Marttunen, M. 2009. Nuorten ahdistuneisuus ja päihteiden käyttö. Tietoa vanhemmille ja nuorten kanssa työskenteleville aikuisille. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Giesekus, U. 1999. Kun riippuvuus ajaa umpikujaan. Miten auttaa päihderiippuvaista? Käännös: Hannu Väisänen. Kauniainen: Perussanoma.
- Haavikko, A. & Bremer, L. 2009. Ulkoisesti erilaisia, sisäisesti samanlaisia. Opas mielenterveystyöhön yli kulttuurirajojen. Helsinki: Suomen mielenterveysseura.
- Heikkilä, A. 2005. Riippuvuus. Valheiden verkko. 4. painos. Helsinki: Rasalas.
- Hellsten, T. 1996. Ihminen tavattavissa. Kohtaamisen taito. 2. painos. Helsinki: Gummerus.
- Hentinen, K. 2009. Psykoottisen potilaan kokemuksellisuus - hoitotyön lähtökohta. Teoksessa Hentinen, K., Iija, A. & Mattila, E. (toim.) Kuuntele minua - mielenterveystyön käytännön menetelmiä. Helsinki: Tammi.
- Hietaharju, P. & Nuuttila, M. 2010. Käytännön mielenterveystyö. Helsinki: Tammi.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2010. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15., uudistettu painos. Helsinki: Tammi.
- Holmberg, J. 2010. Päihderiippuvuudesta elämänhallintaan. Helsinki: Edita.
- Holmberg, N. 2008. Addiktio. Teoksessa Kähkönen, S., Karila, I. & Holmberg, N. (toim.) Kognitiivinen psykoterapia. 3. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 293 - 308.
- Holmberg, J., Hirschovits, T., Kylmänen, P. & Agge, E. (toim.) 2008. Tämä potilas kuuluu meille. Sairaanhoidaja tekee mielenterveys- ja päihdetyötä. Helsinki: Suomen sairaanhoidajaliitto.
- Huoponen, K. 1997. Irti huumeista. Mitä jokaisen on hyvä tietää huumeista. Helsinki: Suomen vanhempainyhdistys Irti huumeista.
- Häkkinen, I. 2013. Toipumiskulttuuri. Päihdetoipuminen ja esimerkin voima. Espoo: Prometheus.
- Ikonen, E-R. & Julkunen, S. 2007. Kehittyvä kotihoito. Helsinki: Edita Prima.

Inkinen, M., Partanen, A. & Sutinen, T. 2000. Päihdehoitotyö. Helsinki: Tammi.

Jankko, T. 2009. Sairauden kanssa voi oppia tulemaan toimeen. Teoksessa Kärkkäinen, A. (toim.) En valinnut tätä sairautta. Kokemustietoa mielenterveyden häiriöistä. Tampere: Muotialan asuin- ja toimintakeskus.

Juva, K., Hublin, C., Kalska, H., Korkeila, J., Sainio, M., Tani, P. & Vataja, R. (toim.) 2011. Kliininen neuropsykiatria. Helsinki: Duodecim.

Järvinen, P. & Järvinen, A. 2004. Tutkimustyön metodeista. Tampere: Opinpajan kirja.

Kaipio, K. & Ruisniemi, A. (toim.) 2009. Ihan oikea ihme. Kirjoituksia päihdetyöstä. Jyväskylä: Vapaan Alkoholistihuollon Kannatusyhdistys.

Kananen, J. 2012. Kehittämistutkimus opinnäytetyönä. Kehittämistutkimuksen kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 134. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Kanerva, E. 2011. Onko elämällä väliä? Puhutaan elämän tarkoituksista. Jyväskylä: PS-kustannus.

Karlsson, T. (toim.) 2009. Suomen alkoholilolot 200-luvun alussa: kulutus, haitat ja politiikka. Helsinki: Terveystien ja hyvinvoinnin laitos.

Kiviniemi, L., Lämsy, M., Matinlahti, T., Nevalainen, K., Ruotsalainen, K., Seppänen, U. & Vuokila-Oikkonen, P. 2007. Minä mielenterveystyön tekijänä. Helsinki: Edita.

Koski-Jännes, A. & Hänninen, V. (toim.) 2004. Läheiseni on päihdeongelmainen. Helsinki: Kirjapaja.

Koivunen, P. 1997. Vapaaksi riippuvuuksista. Henkisen kasvun ja itsehypnoosin avulla irti viinasta, pelihimosta ja muista addiktioista. Jyväskylä: Gummerus.

Korhonen, U. 2009. Irti riippuvuudesta. Muutetut tunteet, muutettu minä. Hämeenlinna: Kariston kirjapaino.

Koski-Jännes, A. & Hänninen, V. (toim.) 2004. Läheiseni on päihdeongelmainen. Helsinki: Kirjapaja.

Kuhanen, C., Oittinen, P., Kanerva, A., Seuri, T. & Schubert, C. 2010. Mielenterveyshoitotyö. Helsinki: WSOYpro.

Kuula, A. 1999. Toimintatutkimus. Kenttätöitä ja muutospyrkimyksiä. Tampere: Vastapaino.

Kuusela, P. 2005. Realistinen toimintatutkimus. Toimintatutkimus, työorganisaatiot ja realismi. Helsinki: Työturvallisuuskeskus.

Kylmänen, P. 2005. Kun kaikki muutkin. Nuorten ehkäisevä päihdetyö. Helsinki: Tammi.

Lahtinen-Antonakis, S. 2007. Päihderiippuvuudesta toipumisen kokemuksia. Miehet kertovat toipumisestaan ja sen ylläpidosta. Sosiaalityön pro gradu-tutkielma Helsingin yliopisto Yhteiskuntapolitiikan laitos. Setlementtijulkaisuja 21. Helsinki: Suomen setlementtiliitto.

Laitila, M. 2013. Mielenterveys- ja päihdetyö osana kunnan hyvinvointia. Opas strategiseen suunnitteluun. Helsinki: Terveystien ja hyvinvoinnin laitos.

Lappalainen-Lehto, R., Romu, M. & Taskinen, M. 2008. Haasteena päihteet. Ammatillisen päihdetyön perusteita. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit.

Lavikainen, J., Lahtinen, E. & Lehtinen, V. (toim.) 2004. Mielenterveystyö Euroopassa. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2004:17. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) 2009. Psykiatria. Helsinki: Duodecim.

Mattila-Aalto, M. 2010. Kuntoutusosallisuuden diagnoosi. Tutkimus entisten rappiokäyttäjien kuntoutumisen muodoista, mekanismeista ja mahdollisuuksista. Kuntoutussäätiön tutkimuksia 81/2009. Helsinki: Kuntoutussäätiö.

Marttunen, M., Huurre, T., Strandholm, T. & Viialainen, R. (toim.) 2013. Nuorten mielenterveyshäiriöt. Opas nuorten parissa työskenteleville aikuisille. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.

Munnukka, T. & Aalto, P. (toim.) 2002. Minun hoitajani. Näkökulmia omahoitajuuteen. Helsinki: Tammi.

Mäkelä, P., Mustonen, H. & Tigerstedt, C. (toim.) 2010. Suomi juo. Suomalaisten alkoholin käyttö ja sen muutokset 1968-2008. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki: Yliopistopaino.

Niemelä, S. 2012. Alkoholi ja kehittyvä keskushermo - viinan kiroit nuorten aivoille. Teoksessa Heinonen, J. (toim.) Kuin kala verkossa. Ihminen ja alkoholi. Espoo: Prometheus.

Noppari, E., Kiiltomäki, A. & Pesonen, A. 2007. Mielenterveystyö perusterveydenhuollossa. Helsinki: Tammi.

Nätkin, R. (toim.) 2006. Pullo, pillerit ja perhe. Vanhemmuus ja päihdeongelmat. Jyväskylä: PS-kustannus.

Partanen, A., Moring, J., Nordling, E. & Bergman, V. (toim.) 2010. Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009-2015. Suunnitelmasta toimeenpanoon vuonna 2009. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Avauksia 16/2010. Helsinki: Yliopistopaino.

Piispa, M. 2010. Alkoholivalistusta vanhemmille. Arviointi Viisas vanhemmuus-ohjelmasta 2009. Raportti. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki: Yliopistopaino.

Punkanen, T. 2001. Mielenterveystyö ammattina. Tampere: Tammi.

Puusa, A. & Juuti, P. (toim.) 2011. Menetelmäviidakon raivaajat. Perusteita laadullisen tutkimuslähestymistavan valintaan. Vantaa: Hansaprint.

Rantanen, T. & Toikko, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Näkökulmia kehittämisprosessiin, osallistamiseen ja tiedontuotantoon. Tampere: Yliopistopaino.

Riikonen, E. 2008. Mielenterveysongelmat. Teoksessa Rissanen, P., Kallanranta, T. & Suikkari, A. (toim.) Kuntoutus. 2. painos. Helsinki: Duodecim.

Rissanen, P. 2007. Skitsofreniasta kuntoutuminen. Helsinki: Mielenterveyden keskusliitto.

Saarenheimo, M. & Pietilä, M. (toim.) 2011. Mielenmuutos masennuksen hoidossa. Mielialaongelmista kärsivien iäkkäiden ihmisten psykososiaalinen tukeminen. Mielenmuutos -tutkimus- ja kehittämishanke, tutkimusraportti 2. Helsinki: Vanhustyön keskusliitto.

Salo, M. 2010. Ihmisoikeudet mielenterveys- ja päihdeyksiköissä kokemusarvioinnin kohteina. ITHACA-hankkeen Suomen raportti. Raportti 22/2010. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.

Schubert, C. 2007. Monikulttuurisuus mielenterveystyössä. Helsinki: Edita.

Seppä, K., Alho, H. & Kiianmaa, K. (toim.) 2010. Alkoholiriippuvuus. Helsinki: Duodecim.

Tammi, T., Aalto, M. & Koski-Jännes, A. (toim.) 2009. Irti päihdeongelmista. Tutkimuksia hoidon ja ehkäisyn menetelmistä. Helsinki: Edita.

Toivio, T. & Nordling, E. 2009. Mielenterveyden psykologia. Helsinki: Edita.

Tuomi, J. 2007. Tutki ja lue. Johdatus tieteellisen tekstin ymmärtämiseen. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 6. painos. Helsinki: Tammi.

Valkonen, S. 2011. Mahdollisuuksia muutokseen. Päihde- ja mielenterveyskuntoutujan työkirja. Helsinki: Mielenterveyden keskusliitto.

Vataja, K. 2012. Kehittyvä työyhteisö. Itsearviointin hyödyntäminen työyhteisön kehittämässä kunnallisessa sosiaalitoimessa. Väitöskirja. Tutkimus 86/2012. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.

Viljamaa, J. 2011. Pakko saada. Addiktoitunut yhteiskunta. Helsinki: WSOY.

Vilkkä, H. 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Vuori-Kemilä, A., Stengård, E., Saarelainen, R. & Annala, T. 2007. Mielenterveys- ja päihdetyö: yhteistyötä ja kumppanuutta. 4., uudistettu painos. Helsinki: WSOY.

#### Artikkelit

Herne, P. 2013. Poliisia joudutaan kutsumaan apuun päivystykseen viikoittain. Aamuposti N:o 284, 5. 19.10.2013.

Kanerva, A. 2013. Mielentilatutkimukseen kaivetaan neuvolakortitkin. Aamuposti N:o 306, 4. 10.11.2013

Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. Hoitotiede. Vol. 11, no 1/99.

Perttula, M. 2012. Skitsofrenian turhat leimat. Tehy 6, 31.

Vorma, H. & Aalto, M. 2013. Päihdepsykiatrisen osaamisen tarve kasvaa. Duodecim 2013; 129: 2049-50.

#### Sähköiset lähteet

Aalto, M. 2007. Päihdehäiriö ja samanaikainen muu mielenterveyden häiriö - kaksoisdiagnoosin hoidollinen haaste. Duodecim 2007; 123: 1293. Tulostettu 14.12.2012.  
<http://www.duodecimlehti.fi/>

Aalto, M. 2010. Psykiatrisen hoitojärjestelmän tulisi tarjota päihdehoitoa kaksoisdiagnoosipotilaille. Duodecim 2010; 126: 1760. Tulostettu 18.3.2013. <http://www.duodecimlehti.fi/>

Aalto, M., Bäckmand, H., Haravuori, H., Lönnqvist, J., Marttunen, M., Melartin, T., Partanen, A., Partonen, T., Seppä, K., Suomalainen, L., Suokas, J., Suvisaari, J., Viertiö, S. & Vuorilehto, M. 2009. Mielenterveys- ja päihdeongelmien varhainen tunnistaminen. Opas ennaltaehkäisevän työn ammattilaisille. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Opas 5. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 10.5.2013. <http://www.thl.fi/thl-client/>

Hölttä, J. 2006. Muiden silmissä vaan häirikkö. Kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidon ja avun saannin haasteet. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Tulostettu 26.1.2013. <http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu01228.pdf>

Ilomäki, R. 2012. Psyykkisesti sairaat nuoret ovat alttiita päihderiippuvuudelle. Suomen lääkäri-lehti. 41/2012. 2931. Viitattu 9.2.2013. <http://www.laakarilehti.fi/uutinen.html>

Ilomäki, R. 2012. Substance use disorders in adolescence: comorbidity, temporality of onset and socio-demographic background. A study of adolescent psychiatric inpatients in northern Finland. University of Oulu graduate school. Tulostettu 18.3.2013. <http://urn.fi/urn:isbn:9789514299230>

Jaatinen, P., Isoaho, R., Kivelä, S., Aarnio, P., Rostila, I., Ritala-Koskinen, A., Pulkkinen, J., Sirola, K., Uutaniemi, S. & Sundell, A. 2005. Moniammatillinen koulutus Porin yliopistollisessa opetusterveyskeskuksessa. Suomen lääkäri-lehti 2005; 60(9): 1061-1065. Tulostettu 30.11.2013. <http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/>

Kamppan, O. & Lassila, A. 2007. Samanaikaisten mielenterveys- ja päihdeongelman hoitoon on kehitetty integroitu arviointimalli. Suomen lääkäri-lehti 2007; 62(47): 4447-4451. Tulostettu 6.4.2013. <http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/>

Kuula, A & Vuorio, E. 2009. Eettinen ennakoarviointi laajenee ihmistieteisiin. Tieteessä tapahtuu 1/2009 vol 27, Nro 1, 1-2. [ojs.tsv.fi/index.php/tt/article/](http://ojs.tsv.fi/index.php/tt/article/)

Kokko, S. 2004. Mielenterveystoimiston asiakkaiden ja työntekijöiden käsityksiä hyvästä mielenterveystyöstä. Arvototeuttamaton näkökulma mielenterveystyöhön. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos, Oulun yliopisto. Tulostettu 18.3.2013. <http://urn.fi/urn:isbn:9789514299230>

Käypä hoito -suositus. Skitsofrenia. Viitattu 19.3.2013. <http://www.terveysportti.fi/xmedia/>

Lahti, J., Rakkolainen, M & Koski-Jännes, A. 2013. Motivoiva haastattelu kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidossa. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 2013; 129(19): 2063-9. Tulostettu 30.11.2013. <http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/>

Laitila, M. 2010. Asiakkaan osallisuus mielenterveys- ja päihdetyössä. Fenomenografisen lähestymistapa. Publications of the University of Eastern Finland. Dissertations in Health Sciences. Kuopio. Tulostettu 18.3.2013. [http://publications.uef.fi/pub/urn\\_isbn\\_978-952-61-0224-5/urn\\_isbn\\_978-952-61-0224-5.pdf](http://publications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-0224-5/urn_isbn_978-952-61-0224-5.pdf)

Laurea Fakta. Opas opiskeluun Laureassa 2012-2013. Tulostettu 4.12.2013. [www.laurea.fi/fi/opiskelu/oppaat/documents/FAKTA\\_2012\\_2013\\_korjattu\\_vedos](http://www.laurea.fi/fi/opiskelu/oppaat/documents/FAKTA_2012_2013_korjattu_vedos)

Mielenterveysetiikka. Sinulla ja minulla on moraalinen vastuu. 2009. ETENE-julkaisuja 25. Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE. Tulostettu 12.1.2013. <http://www.etene.fi>

Miettunen, J., Törmänen, S., Murray, G. K., Mäki, P., Ebeling, H., Taanila, A., Heinimaa, M., Joukamaa, M. & Veijola, J. 2008. Association of cannabis use with prodromal symptoms of psychosis in adolescence. The British Journal of Psychiatry. 192, 470-471. Viitattu 14.12.2012. <http://bjp.rcpsych.org/content/192/6/470>.

Perälä, J. 2013. Epidemiology of psychotic disorders. National institute for health and welfare department of mental health and substance abuse services. University of Helsinki. Tulostettu 18.3.2013. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-826-1>

Puolimatka, T. 2002. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus ja totuusteoriat. Kasvatus 33 (5), 466-474. Viitattu 5.12.2013. [elektra.helsinki.fi.nelli.laurea.fi/se/k/0022-927-x/](http://elektra.helsinki.fi.nelli.laurea.fi/se/k/0022-927-x/)

Päihdetilastollinen vuosikirja 2012. Alkoholi ja huumeet. 2012. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Suomen virallinen tilasto. Tampere: Suomen Yliopistopaino. Tulostettu 28.2.2013. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-805-6>

Päihteet ja addiktio. 2007. Suomen akatemian tutkimusohjelma Päihteet ja addiktio 2007-2010. Helsinki: Yliopistopaino. Viitattu 18.3.2013. <http://www.aka.fi/Tiedostot/Tiedostot/ADDIKTIO/>

Rantakömi, S. 2013. Alcohol consumption, atherosclerosis and stroke. Epidemiologic follow-up study in middle-aged finnish men. Publications of the university of eastern Finland. Dissertations in health sciences. Kuopio: University of eastern Finland. Viitattu 21.10.2013. <http://epublications.uef.fi/pub/urn>

Rautiainen, H. & Pelanteri, S. 2013. Psykiatrin erikoissairaanhoito 2011. Tilastoraportti. Suomen virallinen tilasto. 4/2013. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 16.3.2013. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201302121809>

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma KASTE 2012-2015. 2012. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2012:1. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 2.12.2013. [http://stm.fi/c/document\\_library/](http://stm.fi/c/document_library/)

Valkonen, L. 2005. Päihde- ja mielenterveyden yhteisen kehittämisen aika. 4/2005. Viitattu 4.12.2013. [www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset\\_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitaja-lehti/4\\_2005/muut\\_artikkelit/](http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitaja-lehti/4_2005/muut_artikkelit/)

Varjonen, V., Tanhua, H., Forsell, M. & Perälä, R. 2012. Huumetilanne Suomessa 2012. Raportti 75/2012. Tampere: Suomen Yliopistopaino. Viitattu 19.3.2013. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-801-8>

Julkaisemattomat lähteet

Hallitustiedote 2.9.2013

Kellokosken sairaalan esite 2013

Psykiatrian tulosityksikön strategian toimeenpano-ohjelma 2013 - 2018

Psykiatrian tulosityksikön tiedote henkilöstölle 2013

## Kuvat

Kuva 1. Keskitalo 10/2013.....	12
Kuva 2. Rantatalo 12/2013.....	13
Kuva 3. Rantatalon terassilta näkyvä Keravanjoki.....	13
Kuva 4. Osasto 4 neuvotteluhuone.....	39



## Kuviot

Kuvio 1. Kehittävän työntutkimuksen menetelmällisen syklin vaiheet.....	10
Kuvio 2. HUS:n organisaatio.....	11
Kuvio 3. Osaston päihdediagnoosit syyskuu 2012-lokakuu 2013 väliseltä ajalta.....	30
Kuvio 4. Opinnäytetyön aikataulu.....	35
Kuvio 5. Kehittämistyön vaiheet .....	40
Kuvio 6. Kaksoisdiagnoosin määritelmä potilaiden kokemana.....	51
Kuvio 7. Kehittämistyö osastolla 4 .....	56

## Taulukot

Taulukko 1. Päihdehäiriön jaottelu .....	28
Taulukko 2. Ongelmatilanteen kartoitus .....	42
Taulukko 3. Työryhmän ehdottamat parannusehdotukset .....	44
Taulukko 4. Kaksoisdiagnoosipotilaan profiili .....	45
Taulukko 5. Ristiriitojen kohtaaminen .....	46
Taulukko 6. Ajatukset ja ideat .....	47
Taulukko 7. Päihdeongelman hoitomuodot .....	52
Taulukko 8. Potilaiden ehdottamat hoidon kehittämisideat .....	54

## Liitteet

Liite 1. Suostumusosa potilaalle.....	76
Liite 2. Saatekirje; Arvoisa potilas.....	77
Liite 3. Saatekirje; Arvoisa työtoveri.....	78
Liite 4. Suostumusosa työtoverille .....	79
Liite 5. Osaston viikko-ohjelma .....	80
Liite 6. Audit .....	81

Liite 1. Suostumusosa potilaalle

**YAMK-opinnäytetyö; ”Kaksoisdiagnoosipotilaan hoidon näkökulmia”**

SUOSTUMUSOSA (Täytetään kahtena kappaleena, joista toinen jää haastateltavalle ja toinen Virpi Eerolalle)

Olen saanut riittävästi tietoa Virpi Eerolan toteuttamasta opinnäytetyöstä ”Kaksoisdiagnoosipotilaan hoidon näkökulmia” ja haluan osallistua haastatteluun. Olen tietoinen, että osallistuminen on vapaaehtoista ja voin keskeyttää osallistumiseni milloin tahansa ilman, että se mitenkään vaikuttaa hoitooni tai kohteluuni nyt tai tulevaisuudessa. Olen tietoinen, että haastattelut nauhoitetaan ja opinnäytetyön raportissa voi olla lainauksia omasta haastattelustani, mutta tietoja käsitellään ehdottoman luottamuksellisesti ilman nimeäni tai muita tietoja henkilöllisyydestäni.

Ymmärrän, että kaikkia tähän opinnäytetyöhön liittyviä tietoja käsitellään luottamuksellisesti.

-----  
Paikka

-----  
Pvm

-----  
Allekirjoitus ja nimen selvennys

Virpi Eerola

[virpi.eerola@hus.fi](mailto:virpi.eerola@hus.fi) tai [virpi.eerola@laurea.fi](mailto:virpi.eerola@laurea.fi)

## Liite 2. Saatekirje; Arvoisa potilas

Arvoisa potilas,

Teen opinnäytetyötä osana ylempää ammattikorkeakoulututkintoa, jonka aiheena on "Kaksoisdiagnoosipotilaan hoidon näkökulmia". Kaksoisdiagnoosipotilaiden osuus palvelujärjestelmässä on kasvamassa, joten on entistä tarpeellisempaa arvioida ja kehittää kaksoisdiagnoosipotilaiden hoitoon liittyviä kysymyksiä.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kehittää kaksoisdiagnoosipotilaiden hoitoa Kellokosken sairaalan avokuntoutusosastolla 4. Tämän opinnäytetyön tavoitteena on kartoittaa, miten kaksoisdiagnoosipotilaan päihdekuntoutumista huomioidaan psykiatrisessa sairaanhoidossa.

HUS:ssa on annettu lupa suorittaa ylemmän ammattikorkeakoulun terveyden edistämisen ja ennaltaehkäisevän hyvinvointityön johtamisen ja kehittämisen ammattiopintoihini kuuluva opinnäytteenä tarkoitettu tutkimus: Kaksoisdiagnoosipotilaan hoidon näkökulmia.

Kutsun Teidät osallistumaan tähän opinnäytetyöksi tarkoitettuun tutkimukseen. Tarkoituksenani on haastatella sinua sovittuna ajankohtana ja paikassa, johon ulkopuolisilla henkilöillä ei ole kuulo- eikä näköyhteyttä. Haastattelu käydään keskustelunomaisesti avoimin kysymyksin, johon sinun ei erikseen tarvitse valmistautua. Haastattelu nauhoitetaan ja kirjoitetaan myöhemmin kirjalliseksi aineistoksi. Haastattelutilanne kestää arviolta noin 1 - 1,5 tuntia. Kaikki Teiltä opinnäytetyön tutkimuksen aikana kerättävät tiedot käsitellään ehdottoman luottamuksellisina ilman nimeänne tai muita tietoja henkilöllisyydestänne.

Tähän opinnäytetyöksi tarkoitettuun tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista. Osallistuminen tai osallistumatta jättäminen ei vaikuta hoitoonne HUS:ssa nyt tai tulevaisuudessa.

Vastaan mielelläni opinnäytetyöhön liittyviin kysymyksiisi. Hyvinkään Laureassa opinnäytetyön ohjaajanani toimii Eija Mattila.

Yhteistyöterveisin; Virpi Eerola

virpi.eerola@hus.fi

[virpi.eerola@laurea.fi](mailto:virpi.eerola@laurea.fi)

### Liite 3. Saatekirje; Arvoisa työtoveri

Arvoisa työtoveri,

Teen opinnäytetyötä osana ylempää ammattikorkeakoulututkintoa, jonka aiheena on "Kaksoisdiagnoosipotilaan hoidon näkökulmia". Kaksoisdiagnoosipotilaiden osuus palvelujärjestelmässä on kasvamassa, joten on entistä tarpeellisempaa arvioida ja kehittää kaksoisdiagnoosipotilaiden hoitoon liittyviä kysymyksiä.

Tämän opinnäytetyön toteutus tapahtuu kehittävän työntutkimuksen ajatuksin. Kehittävän työntutkimuksen avulla voidaan muokata työyhteisön sisällä välineitä toiminnan selkeyteen ja uusien mallien suunnitteluun. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa, miten kaksoisdiagnoosipotilaan päihdekuntoutumista huomioidaan psykiatrisessa sairaalahoidossa.

HUS:ssa on annettu lupa suorittaa ylemmän ammattikorkeakoulun terveyden edistämisen ja ennaltaehkäisevän hyvinvointityön johtamisen ja kehittämisen ammattiopintoihini kuuluva opinnäytteenä tarkoitettu tutkimus: Kaksoisdiagnoosipotilaan hoidon näkökulmia.

Olen kiinnostunut kehittämään kaksoisdiagnoosipotilaiden hoitoa ja sinun mukana olosi on erittäin arvokasta, sillä näin voimme yhdessä työyhteisönä vaikuttaa kaksoisdiagnoosipotilaiden hoitoon ja kuntoutukseen psykiatrisessa sairaalahoidossa. Tämän opinnäytetyön aineisto koostuu sekä avokuntoutusosasto 4 hoitotyöntekijöiden kehittämiskokouksien aineistosta että muutamien vapaaehtoisten potilaiden haastatteluista. Kehittämiskokoukset sekä potilaiden haastattelut on tarkoitus nauhoittaa. Nauhoitteita käytän vain omaan työskentelyyn tietojen kokoamisessa ja analysoinnissa. Opinnäytetyön valmistumisen jälkeen kaikki nauhoite- ja haastattelumateriaali hävitetään asianmukaisesti.

Korostan tutkimukseen osallistumisen tärkeyttä, vapaaehtoisuutta ja ehdotonta luottamuksellisuutta. Ennen kehittämiskokoukseen osallistumista saat allekirjoitettavaksi suostumuslomakkeen, jossa ilmaiset suostumuksesi osallistua opinnäytetyön kehittämiskokouksiin. Avokuntoutusosasto 4 hoitotyöntekijöillä on mahdollisuus halutessaan olla osallistumatta opinnäytetyön aihetta koskeviin työryhmäpalavereihin eli kehittämiskokouksiin. Kehittämiskokouksien palaverilla ja potilaiden haastatteluilla kartoitetaan näkemyksiä muun muassa päihdehoidosta, päihdehoitotyön ajatuksesta, osaston toimintaperiaatteista, mielipiteistä päihdehoitoon ja kaksoisdiagnostiikkaan.

Vastaan mielelläni opinnäytetyöhön liittyviin kysymyksiin. Hyvinkään Laureassa opinnäytetyön ohjaajanani toimii Eija Mattila.

Yhteistyöterveisin; Virpi Eerola

[virpi.eerola@hus.fi](mailto:virpi.eerola@hus.fi) tai [virpi.eerola@laurea.fi](mailto:virpi.eerola@laurea.fi)

Liite 4. Suostumusosa työtoverille

**YAMK-opinnäytetyö; ”Kaksoisdiagnoosipotilaan hoidon näkökulmia”**

SUOSTUMUSOSA (Täytetään kahtena kappaleena, joista toinen jää osallistujalle ja toinen Virpi Eerolalle)

Olen saanut riittävästi tietoa Virpi Eerolan toteuttamasta opinnäytetyöstä ”Kaksoisdiagnoosipotilaan hoidon näkökulmia” ja haluan osallistua opinnäytetyön tutkimusaineiston keruuvaiheen kehittämiskokouksiin. Olen tietoinen, että osallistuminen on vapaaehtoista ja voin keskeyttää osallistumiseni milloin tahansa. Olen tietoinen, että työryhmän kehittämiskokoukset nauhoitetaan, mutta tietoja käsitellään ehdottoman luottamuksellisesti.

Ymmärrän, että kaikkia tähän opinnäytetyöhön liittyviä tietoja käsitellään luottamuksellisesti.

-----  
Paikka

-----  
Pvm

-----  
Allekirjoitus ja nimen selvennys

Virpi Eerola

[virpi.eerola@hus.fi](mailto:virpi.eerola@hus.fi) tai [virpi.eerola@laurea.fi](mailto:virpi.eerola@laurea.fi)

## Liite 5. Osaston viikko-ohjelma

## OSASTO 4 VIIKKO-OHJELMA

## ARKISIN:

7.00	Ma - Pe HOITAJIEN RAPORTTI
7.15	Ma - Pe HERÄTYS
7.30	Ma - Pe AAMUKOKOUS
7.45	Ma - Pe AAMUPALA
8.00	Ma - Pe AAMULÄÄKKEET
11.00	Ma - Pe LOUNAS
11.30	Ma HUONEKIERTO
14.00	Ma LIIKUNTAHALLIVUORO
15.00	Ma - Pe PÄIVÄLÄÄKKEET
16.00	Ma - Pe PÄIVÄLLINEN
16.00	Ti SAUNA (NAISET)
16.00	Ke SAUNA (MIEHET)
17.00	Ke YHTEISÖKAHVIT
17.00	To TOIMINNALLINEN RYHMÄ
17.30	Ti YHTEISKOKOUS
18.00	Ma SAUNA (MIEHET)
18.00	To SAUNA (NAISET)
19.15	Ma - Pe ILTAPALA
19.45	Ma - Pe ITALÄÄKKEET
20.30	ILTAVUORO KOTIIN

## VIKKONLOPPUISIN:

8.00	AAMUPALA
8.15	AAMULÄÄKKEET
11.30	LOUNAS
15.00	PÄIVÄLÄÄKKEET
15.00	PÄIVÄLLINEN
15.00	La SAUNA (MIEHET+NAISET)
19.15	ILTAPALA
19.45	ITALÄÄKKEET
20.30	ILTAVUORO KOTIIN



Liite 6. Audit

## Audit-kysely

**1. Kuinka usein juot olutta, viiniä tai muita alkoholijuomia?**

Ei koskaan

Noin kerran kuussa

2-4 kertaa kuussa

2-3 kertaa viikossa

4 kertaa viikossa tai useammin

**2. Kuinka monta annosta alkoholia olet yleensä ottanut niinä päivinä, jolloin käytät alkoholia? Yksi annos (= 12 g) on pullo keskioletta tai siideriä; lasi miettoa viiniä; pieni lasi väkevää viiniä; ravintola-annos väkeviä.**

1-2 annosta

3-4 annosta

5-6 annosta

7-9 annosta

10 annosta tai enemmän

**3. Kuinka usein olet juonut kerralla kuusi tai useampia annoksia?**

Ei koskaan

Harvemmin kuin kerran kuussa

Kerran kuussa

Kerran viikossa

Päivittäin tai lähes päivittäin

**4. Kuinka usein viime vuoden aikana sinulle kävi niin, että et pystynyt lopettaa alkoholinkäyttöä, kun aloit ottaa?**

Ei koskaan

Harvemmin kuin kerran kuussa

Kerran kuussa

Kerran viikossa

Päivittäin tai lähes päivittäin

**5. Kuinka usein viime vuoden aikana et ole juomisesi vuoksi saanut tehtyä jotain, mikä tavallisesti kuuluu tehtäviisi?**

Ei koskaan

Harvemmin kuin kerran kuussa

Kerran kuussa

Kerran viikossa

Päivittäin tai lähes päivittäin

**6. Kuinka usein viime vuoden aikana runsaan juomisen jälkeen tarvitsit aamulla muuta alkoholia päästäksesi paremmin liikkeelle?**

Ei koskaan

Harvemmin kuin kerran kuussa

Kerran kuussa

Kerran viikossa

Päivittäin tai lähes päivittäin

**7. Kuinka usein viime vuoden aikana tunsit syyllisyyttä tai katumusta juomisesta?**

Ei koskaan

Harvemmin kuin kerran kuussa

Kerran kuussa

Kerran viikossa

Päivittäin tai lähes päivittäin

**8. Kuinka usein viime vuoden aikana sinulle kävi niin, että et juomisen vuoksi pystynyt muistamaan edellisen illan tapahtumia?**

Ei koskaan

Harvemmin kuin kerran kuussa

Kerran kuussa

Kerran viikossa

Päivittäin tai lähes päivittäin

**9. Oletko itse tai onko joku muu satuttanut tai loukannut itseään sinun alkoholinkäytön seurauksena?**

Ei

Kyllä, muttei viimeisen vuoden aikana

Kyllä, viimeisen vuoden aikana

**10. Onko joku läheisesi tai ystäväsi, lääkäri tai joku muu ollut huolissaan alkoholinkäytöstäsi tai ehdottanut että vähentäisit juomista?**

Ei

Kyllä, muttei viimeisen vuoden aikana

Kyllä, viimeisen vuoden aikana